



# IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ORGANIZAÇÃO TEMPORAL DE SUAS ROTINAS E ASSOCIAÇÃO COM A QUALIDADE DO SONO

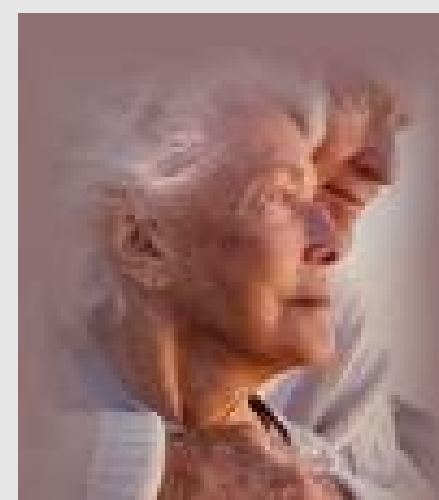
Thalyta Cristina Mansano<sup>1</sup>, Professora Doutora Maria Filomena Ceolim<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluna do 8º semestre de Graduação em Enfermagem, <sup>2</sup> Enfermeira. Professora Dra. do Departamento de Enfermagem Trabalho de Iniciação Científica com bolsa PIBIC/CNPq

Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, CP 6111  
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-970, Campinas, SP, Brasil.



UNICAMP



## 1- INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. Os resultados da PNAD 2006 evidenciam a tendência de crescimento da população idosa, que alcançou 19 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, e superou 13 milhões no grupo etário de 65 anos ou mais, o que corresponde a 10,2% e 7,1%, respectivamente, do total da população. No conjunto do País, constatou-se um crescimento mais acentuado do segmento populacional de 75 anos ou mais de idade, em decorrência dos avanços da medicina moderna. (IBGE, 2007)

Os desafios que acompanham o processo de envelhecimento colocam-nos como sujeitos e agentes da saúde para abrir espaços e vivenciar novas experiências. Nesta pesquisa pretendemos identificar a percepção de idosos institucionalizados quanto à organização temporal de suas rotinas e sua associação com a qualidade do sono, considerando que o processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade que vivem na comunidade e 70% dos institucionalizados, com impacto negativo na sua qualidade de vida. (VALADRES, et al., 1994)

As modificações no padrão de sono e repouso têm repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, desempenho, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação. Os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice podem ser agrupados nas seguintes categorias: 1) dor ou desconforto físico; 2) fatores ambientais; 3) desconforto emocional e 4) alterações no padrão do sono. São freqüentes as queixas referentes ao tempo despendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar pela manhã mais cedo do que o desejado. São também prevalentes a sonolência e a fadiga diurna, com aumento de cochilos, o comprometimento cognitivo e do desempenho diurno (HAPONIK; McCALL, 1999).

Além disso, a velhice parece deixar o indivíduo impotente, indefeso, fragilizado para tomar suas próprias decisões, para enfrentar seus problemas e o seu cotidiano, diante dos familiares e da sociedade como um todo. O idoso tem sido visto como uma pessoa improdutiva, ultrapassada, e pouco se tem feito para recuperar sua identidade e elevar sua auto-estima. Além disso, nem sempre é amparado pelos familiares e, muitas vezes, mora em instituições, ditas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Essas constituem a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso fora do seu convívio familiar. A esse respeito, o Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996 frisa, no artigo 3º, que a ILPI tem, por finalidade, atender, em regime de internato, o idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social (LOUZÁ, et al, 1986; BRASIL, 1996). No entanto, sabe-se que as ILPI trazem como inconveniente favorecer o isolamento do idoso e a sua inatividade física e mental, trazendo conseqüências negativas à sua qualidade de vida (BRITO, 1996).

A maioria dos problemas de sono do idoso podem ser identificados por uma avaliação sistematizada e abrangente, a qual deverá sempre preceder a conduta terapêutica e considerar sua associação com outros distúrbios de saúde. Deve-se incluir a avaliação da qualidade da vigília também, como os períodos de lazer, prática de exercícios físicos, alimentação e como é, em geral, a sensação do passar do dia para o idoso (CEOLIM, 2000). Em relação à qualidade da vigília, cuja influência sobre a qualidade do sono já foi apontada por outros autores (CEOLIM, 1993), deve-se abordar a rotina enfrentada pelos idosos nas ILPI.

As rotinas referentes à alimentação, higiene corporal e medicação realizadas em ILPI no município de Campinas já foram descritas por outros autores (YAMAMOTO; DIOGO, 2002). No que diz respeito à alimentação, as instituições apresentam horários rígidos que se devem à necessidade do enquadramento das demais atividades a serem realizadas no dia, implicando perda da liberdade do idoso. Várias instituições fazem uso de dietas específicas para residentes com hipertensão e diabetes, mas algumas delas oferecem o mesmo alimento a todos, justificando essa prática pelo uso de concentrações diminuídas de sal e gordura, sem considerar as especificidades nutricionais de cada residente. Para a atividade relacionada à **higiene corporal**, várias instituições preconizam o período da manhã, bem como consideram o nível de dependência no momento de sua realização. Os idosos com comprometimento da sua independência são auxiliados por funcionários, nem sempre membros da equipe de enfermagem, fato que pode comprometer a saúde dos residentes, em decorrência do desconhecimento quanto aos fatores de risco para acidentes, como engasgo e quedas, além de demais peculiaridades dessa faixa etária. Quanto às **medicações**, cada idoso adapta-se aos horários estabelecidos, geralmente.

Por fim, a atualização de conhecimentos acerca dos problemas de sono do idoso e da qualidade da vigília melhora a atuação dos profissionais de saúde e sua habilidade para o diagnóstico, manejo e prevenção dos mesmos, considerando-se assim importante a realização de estudos nesta área. (SILVA, 1997)

## OBJETIVO

Identificar a percepção de idosos institucionalizados quanto à organização temporal de suas rotinas e sua associação com a qualidade do sono.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Inicialmente realizamos uma reunião breve com os responsáveis da instituição para apresentação e explicação de como seria realizada a pesquisa, vendo as possibilidades de dias, horários e local para as entrevistas. Neste dia, a coordenadora da ILPI selecionou os idosos que atendiam aos critérios de inclusão de nossa pesquisa, deixando uma lista à minha disposição. A coleta de dados foi realizada em um período de três meses, sendo que a recepção e colaboração da coordenadora da instituição, dos funcionários e dos idosos foi agradável e gratificante. A sala de fisioterapia, que se encontrava vazia no período da tarde, foi o local disponível para as entrevistas, e a cada dia de coleta de dados a secretária ligava nos pavilhões convocando os idosos. Na sala de entrevistas, cada idoso foi abordado individualmente, sendo lido o Termo de Consentimento e feito o convite para participar do estudo. Foram realizadas de cinco a dez entrevistas por semana, no período vespertino, durante três meses, sendo que cada entrevista teve de 30 a 40 minutos de duração.

Resalta-se que 40 idosos atendiam aos nossos critérios de inclusão, porém três deles haviam sido entrevistados para o estudo piloto, sendo eliminados da casuística. As entrevistas foram constituídas de apresentação, explicação do estudo, esclarecimento de dúvidas, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice I), coleta de dados através do instrumento e agradecimento. Após anuência do idoso os instrumentos foram empregues na seguinte ordem: questionário de dados sócio-demográficos (apêndice II), questionário sobre auto-avaliação do sono (apêndice III) e questionário sobre a organização temporal das rotinas diárias (apêndice IV).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A metodologia estatística foi principalmente descritiva, com elaboração de tabelas de freqüência para variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas. Foram definidos, a priori, critérios para avaliar a percepção da organização temporal das rotinas pelo idoso e a percepção da qualidade do sono.

**Caracterização da casuística** Os 37 idosos que atendiam aos critérios de inclusão no estudo eram classificados na "dependência I" e "dependência II" na escala utilizada pela equipe da ILPI, conforme o seu nível de dependência. Participaram 28 idosos (76%) da dependência I e nove idosos (24%) da dependência II. Nenhum idoso negou-se a participar. A Tabela 1 apresenta a caracterização da casuística.

**Tabela 1:** Caracterização demográfica dos idosos participantes. Campinas, 2007.

Variáveis	Idosos participantes (N=37)				
	N	%	Média (± DP)	Mediana	
Sexo	Masculino	23	62%		
	Feminino	14	38%		
Idade (anos)				75(±7)	75
Faixa etária	60 – 69 anos	9	25%		
	70 – 79 anos	16	43%		
	80 – 89 anos	6	16%		
	Sem informação	6	16%		
Estado Civil	Casado	0			
	Separado	3	8%		
	Solteiro	19	52%		
	Viúvo	15	40%		
Escolaridade	Analfabeto	9	26%		
	Em alfabetização	11	29%		
	Primário completo	17	54%		
Tempo na ILPI				10(±13)	6
	6 meses -1 ano	3	10%		
	> 1 ano – 5 anos	17	45%		
	> 5 anos – 10 anos	15	40%		
	Mais de 10 anos	2	5%		

apontado na pesquisa também o fato destes profissionais entrarem no quarto pela manhã ou pela noite, acenderem a luz e acordarem os demais. *“já é difícil pra gente pegar no sono e quando pega, vem um enfermeiro e acende a luz para dar remédio ao colega do quarto... acordo e não durmo mais”* (sujeito 28)

É importante ressaltar que estas rotinas citadas anteriormente podem servir como marcações temporais para os idosos de uma ILPI, porém encontramos um número grande de idosos que utilizam relógio de pulso, orientando-se no dia-a-dia. Foi observado também que a maioria das atividades exercidas pelos idosos são aquelas cedidas pela própria ILPI, como carpir, cuidar dos animais, ajudar na lavanderia, Terapia Ocupacional, ginástica e caminhadas “me sinto útil ajudando na lavanderia aqui” (sujeito 14).

**Qualidade do sono:** A qualidade do sono foi considerada boa quando houve ausência de queixas em relação a, pelo menos, 80% das seguintes questões do “Questionário sobre auto-avaliação do sono”: latência para o início do sono (questão 2), profundidade do sono (questão 3); despertares durante a noite (questão 5); sensação de bem estar ao acordar (questão 6); outras queixas espontâneas em relação ao sono (questão 8). Segue na Tabela 3 o resultado de tal análise:

**Tabela 2:** Organização temporal das rotinas dos idosos participantes. Campinas, 2007.

Variáveis	Idosos participantes (N=37)				
	N	%	Média (± DP)	Mediana	
Horário de despertar	04h-05h	17	46%		
	06h-07h	18	49%		
	08h-09h	2	5%		
				6h (±1h)	6h
Motivo do despertar	Enfermeira no quarto	11	30%		
	Hábito	15	40%		
	Relógio desperta	6	16%		
	Barulho	3	9%		
	Clareza	2	5%		
Horários das refeições	Almoço às 11h30min	37	100%		
	Como sabe?				
	Toca o sino	24	65%		
	Relógio pulso	11	30%		
	Fome	2	5%		
	Jantar às 17h30min	37	100%		
	Como sabe?				
	Toca o sino	26	70%		
	Relógio pulso	10	27%		
	Fome	1	3%		
Horário de dormir				21h (±3h)	21h
	19h-20h	16	43%		
	21h-22h	16	43%		
	23h-24h	4	11%		
	Após 24h	1	3%		
Horário do banho	Manhã	24	65%		
	Tarde	7	19%		
	Noite	4	11%		
	Sem preferência	2	5%		

Como critério para avaliar a percepção da organização temporal das rotinas, foi utilizado o número de questões respondidas no “Questionário sobre organização temporal das rotinas diárias”. Os idosos que responderam com coerência a pelo menos 67%, ou seja, quatro dentre as seis questões do instrumento foram considerados como tendo boa percepção a respeito.

A percepção adequada da organização temporal das rotinas foi observada em 100% dos idosos, que responderam com coerência a pelo menos quatro das seis questões que abordavam esse aspecto.

Consideramos, em relação à qualidade da vigília, cuja influência sobre a qualidade do sono já foi apontada por outros autores (CEOLIM, 1993), que deve-se abordar a rotina enfrentada pelos idosos nas Instituições, e portanto discorremos sobre tal. Notamos no que diz respeito à alimentação, que as instituições apresentam horários rígidos que se devem à necessidade do enquadramento das demais atividades a serem realizadas no dia, implicando perda da liberdade do idoso. Quanto ao horário do almoço e jantar, todos os indivíduos responderam o horário padrão da instituição, sendo que um senhor “toca o sino” para chamá-los, o que está intimamente ligado à rotina do local em que vivem.

Para a atividade relacionada à higiene corporal, várias instituições preconizam o período da manhã, bem como consideram o nível de dependência no momento de sua realização ou mesmo a presença de um único banheiro no quarto faz o idoso a tomar banho muitas vezes em horário diferente de sua preferência, pois o banheiro está vazio. *“Aqui só tem um banheiro por quarto, imagina os 9 no banheiro ao mesmo tempo? Por isso vejo o horário do banheiro vazio.”* (sujeito 34)

Quanto às medicações, cada idoso adapta-se aos horários estabelecidos, geralmente. Os responsáveis pela administração dos medicamentos são os membros da equipe de enfermagem, a qual inclui o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem. Foi

**Tabela 3:** Idosos com queixas no “Questionário sobre auto-avaliação do sono”. Campinas, 2007.

Questão	Variáveis	Idosos participantes (N=37)	
		Idosos com queixas	%
Questão 2	latência do sono	18	49%
Questão 3	profundidade do sono	25	68%
Questão 5	despertares durante a noite	25	68%
Questão 6	bem-estar ao despertar	5	14%
Questão 8	outras queixas	8	22%

De acordo com esses critérios pré-estabelecidos, a qualidade do sono foi considerada boa para 15 idosos (41%) e má para 22 idosos (59%).

Porém, 18 idosos (49%) avaliaram o sono como positivo, 11 idosos (30%) responderam que o sono era um fator negativo e oito idosos (21%) consideravam que o sono é “neutro”. Trinta idosos (81%) responderam que têm o sono leve, enquanto sete idosos (19%) referiam ter o sono “pesado”. Os principais motivos para o sono leve foram aqueles que faziam o idoso acordar durante a noite: ir ao banheiro (34 idosos ou 91%) e, em menor percentual, roncões dos companheiros de quarto (16%), pernilongos (13%) e clareza (5%). Apenas três idosos (9%) disseram não acordar durante a noite. Quanto aos idosos que despertavam para ir ao banheiro, quatro idosos (11% ou 4/34) o faziam quatro vezes por noite, 14 (41% ou 14/34) o faziam três vezes por noite, oito idosos (23% ou 8/34), duas vezes, e outros nove idosos (25% ou 9/34) tinham tal necessidade uma única vez. Porém, 28 idosos (75%) referiam acordar se sentindo bem, quatro idosos (11%) referiam sentir-se mal e cansados ao acordar, e cinco idosos (14%) referem sentir-se “normais” ao acordar.

A sonolência excessiva diurna é um dos sintomas mais comuns em pessoas idosas. Em nossa pesquisa, idosos não relatam a sonolência diurna como um sintoma, mas 57% da casuística relatava cochilar após o almoço e muitas vezes o tempo alcança 60 minutos ou mais. É bem conhecido que a prevalência e a intensidade dos transtornos do sono aumentam com a idade. Os fatores causais são: fisiológicos (como as mudanças nos padrões de sono), doenças médicas e psiquiátricas (como a hipertensão e a depressão), farmacológicos (uso indevido e abuso de medicamentos) e sociais (mudanças nas rotinas de atividades, de descanso e dos hábitos de sonovigília). (ASPLUND, 1999)

Para ALESSI (2000), os principais fatores que contribuem para o sono fragmentado e para os distúrbios do sono dos idosos nos asilos são longo tempo gasto nas camas para adormecer, exposição aos ruídos e à luz, inatividade, e o despertar durante a noite principalmente para ir ao banheiro (ALESSI, 2000). Todos estes fatores foram queixas de nossa casuística.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Nesta pesquisa, pretendeu-se averiguar quais as pistas temporais por meio das quais o idoso identificava os horários do seu dia-a-dia, e como as associava às rotinas que compõem o seu cotidiano. A forma como o idoso estrutura a percepção de suas rotinas e sua possível associação com a qualidade do sono referida por ele foram objeto de nossa investigação. Após análise dos dados coletados, observamos que o sono é de má qualidade para a maioria dos idosos, porém esta é uma contradição de quando é relatado na mesma pesquisa pela maioria destes idosos que o sono é “bom”. Então, o sono de má qualidade muitas vezes é visto como o padrão bom de sono. Isso nos leva a resgatar a afirmativa corrente de que sono e repouso são funções restauradoras necessárias para a preservação da vida, o que por si só justifica a necessidade dos profissionais de saúde atualizarem seus conhecimentos acerca das alterações que ocorrem no sono com a velhice, assim como sobre os fatores que interferem no sono saudável, tais como doenças clínicas, co-morbidades psiquiátricas e eventos psicossociais (GEIB et al. 2003). Sendo assim, mesmo não encontrando neste estudo associação da qualidade do sono com a organização temporal das rotinas, sugerimos mais estudos a respeito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alessi, Cathy A. SF John. Approach to sleep disorders in the nursing Home setting. Review article Sleep Medicine Reviews, Vol. 4, No. 1, p.455-2000
- Asplund, R. Sleep Disorders in the Elderly. Drugs Aging 14(2): 91- 103, 1999.
- Brasil. Decreto nº 1.948 Regulamento a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 - Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996. 05 jan, seção 1, p. 77-79.
- Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papalio M Netto. Gerontologia. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.
- Cecim, MF. Idosos institucionalizados: organização temporal da vigília e do sono. Dissertação de mestrado. São Paulo, 1993.
- Cecim MF. Sono e repouso. In: Duarte YAO, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. SP: Atheneu; 2000 pp.349-364.
- Chaimowicz, F. Greco, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.33, n.5, p. 454-460, out. 1999.
- Geib LTC; Neto AC; Weinberg R; Nunes ML. Sono e envelhecimento. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul 2003; 25(3): 453-65.
- Gutierrez, C. Narcolepsy Syndrome. In: Kryger, M.H.; et al. Principles and Practice of Sleep Medicine. 2.ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, pp. 549-61, 1994.
- Haponik EF, McCall WV. Sleep Problems. In: Hazzard WR, et al. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 1413-1427.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Síntese de Indicadores Sociais - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Informação Demográfica e Socioeconômica número 21. Rio de Janeiro, 2007.
- Louzá MR Netto, Louzá SPR, Cohen C, Louzá JR. O idoso, as instituições totais e a institucionalização. Rev Paul Hosp 1986 julho-agosto; 34(78/8): 135-43.
- Martin J, Shochat T, Arcoz-Israeli S. Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents - Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. Clin. Psychol. Rev. 20, 783805, 2000.
- Silva YA. A enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso. Texto & Contexto Enfermagem 1997 maio-agosto; 6(2):127-36.
- Tirado, M. G. A. Perfil da população idosa em instituições asilares do município de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambu, M.G. Anais. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 1996. p.2319-2332.
- Vaiades Nelo DC. Distúrbios de sono no idoso. In: Camargo FAX, coordenador. Noções práticas de geriatria - Belo Horizonte (MG): Coopmed Editora; 1994. p. 234-240.
- Yamamoto A, Diogo MJDE. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2002; 10(8): 660-6.