

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS
ESTUDO DESENVOLVIDO NO ÂMBITO
DO PROJETO ICON**

**CALIDAD DEL SUEÑO DE PERSONAS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS
ESTUDIO DESARROLLADO EN EL AMBITO
DEL PROYECTO ICON**

**SLEEP QUALITY OF INSTITUTIONALIZED
ELDERLY PEOPLE
STUDY DEVELOPED IN THE CONTEXT
OF THE ICON PROJECT**

Marta Tavares Fernandes – Estudante do Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1385-2785>

Rosa Marina Afonso – Professora Doutora. Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2111-6873>

Assunção Vaz Patto – Professora Doutora. Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0653-3428>

Luísa Amaral – Professora Doutora. Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9068-4607>

Ana Saraiva Amaral – Mestre. Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS-UBI), Covilhã, Portugal. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1887-5027>

Nádia Oliveira – Mestre. Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS-UBI), Covilhã, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1206-4015>

Adriana Sousa – Mestre. Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS-UBI), Covilhã, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-9279>

Ignacio Verde – Professor Doutor. Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3492-5725>

RESUMO

Objetivos: (1) Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra; (2) avaliar a percepção da qualidade do sono e número médio de horas de sono por dia e (3) analisar a relação entre a percepção da qualidade do sono, o funcionamento cognitivo e a sintomatologia psicopatológica.

Métodos: Estudo transversal e descritivo, no qual participaram 442 idosos residentes em Estruturas Residenciais Para Idosos da Beira Interior (Portugal). Para a recolha de dados foi usada a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

Resultados: Os participantes tinham uma média de idade de 83,98 anos (DP=8,06), 311 eram mulheres e 254 participantes apresentavam défice cognitivo. O número médio de horas de sono reportado foi 6,31 horas (DP=1,76) e a maioria (71,1%) classificou como positiva a qualidade do seu sono. Constatou-se uma associação positiva estatisticamente significativa entre o número médio de horas de sono e a percepção da qualidade do mesmo e uma associação negativa entre a percepção da qualidade do sono e a presença de sintomatologia psicopatológica.

Conclusão: Os resultados enfatizam a importância da qualidade do sono para um maior bem-estar. Destaca-se a necessidade de, em futuros estudos, se recorrer a medidas de avaliação do sono mais objetivas, como a polissonografia.

Descritores: Envelhecimento; sono; institucionalização; ICON.

RESUMÉN

Objetivos: (1) Caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra; (2) evaluar la percepción de la calidad del sueño y número medio de horas de sueño por día y (3) analizar la relación entre la percepción de la calidad del sueño, el funcionamiento cognitivo y la sintomatología psicopatológica.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo, en el que participaron 442 ancianos de Residencias de Personas Mayores de la Beira Interior (Portugal). Para la recogida de datos, se han utilizado el Evaluación Cognitiva de Addenbrooke y el Inventario de Síntomas Psicopatológicos.

Resultados: Los participantes tenían una media de 83.98 años (SD=8,06), 311 eran mujeres y 254 tenían deterioro cognitivo. El número medio de horas de sueño reportadas fue de 6,31 horas (SD=1,76) y la mayoría (71,1%) evaluó su calidad de sueño como positiva. Fue

observado una asociación positiva estadísticamente significativa entre el número medio de horas de sueño y la calidad percibida del sueño y una asociación negativa entre la calidad del sueño percibida y la presencia de sintomatología psicopatológica.

Conclusión: Los resultados enfatizan la importancia de la calidad del sueño para un mayor bienestar. Se destaca la necesidad de, en futuros estudios, se utilizaren medidas de evaluación del sueño más objetivas, como la polisomnografía.

Descriptores: Envejecimiento; sueño; institucionalización; ICON.

ABSTRACT

Objectives: (1) Characterize the sociodemographic and clinical profile of the sample; (2) to evaluate sleep quality perception and the average number of hours of sleep per day and (3) to analyze the relationship between sleep quality perception, cognitive functioning and psychopathological symptoms.

Methods: Cross-sectional and descriptive study, in which 442 elderly residents in Residential Structures for the Elderly of Beira Interior (Portugal) participated. For data collection, the Addenbrooke Cognitive Assessment and the Psychopathological Symptom Inventory were used.

Results: Participants had a mean age of 83.98 years (SD=8.06), 311 were women, and 254 participants had cognitive impairment. The average number of hours of sleep reported was 6.31 hours (SD=1.76) and most elders (71.1%) rated their sleep quality as positive. A statistically significant positive association was found between the average number of hours of sleep and perceived sleep quality, as well as a negative association between perceived sleep quality and the presence of psychopathological symptomatology.

Conclusion: The results of this study emphasize the importance of sleep quality for better well-being. We highlight the need for future studies to resort to more objective sleep evaluation measures, such as polysomnography.

Keywords: Aging; sleep; institutionalization; ICON.

INTRODUÇÃO

O sono é essencial para o desenvolvimento e para a saúde física e mental do ser humano em todo o ciclo de vida, apresentando algumas especificidades nas diferentes etapas evolutivas, designadamente na velhice⁽¹⁻³⁾. Os distúrbios do sono apresentam-se como alterações na qualidade, quantidade e/ou no padrão de sono⁽⁴⁾, sendo cada vez mais prevalentes e existindo, por isso, elevados níveis de prescrição de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, especialmente em idosos⁽⁵⁾.

Os distúrbios de sono estão associados a declínio funcional, cognitivo e da qualidade de vida, bem como a um maior número de comorbilidades e agravamento de algumas doenças, como a depressão, ansiedade e demência^(1,6-11).

Com o envelhecimento, há uma mudança estrutural e fisiológica na arquitetura do sono, que reflete a degeneração neuronal⁽⁴⁾. Há uma redução da eficiência, do tempo total de sono e do sono de ondas lentas. De modo inverso, ocorre um aumento dos despertares noturnos e da latência do sono^(4,2). Estas alterações resultam num aumento da sonolência diurna e consequente comprometimento da vida social, redução do grau de independência para a realização das atividades básicas de vida diária, surgimento de défice cognitivo e, em última análise, redução da qualidade de vida^(1,12).

Ohayon e Vecchierini, de forma a avaliar o ciclo sono-vigília dos idosos, realizaram um estudo com mais de mil participantes com idades acima dos 60 anos. Os autores constataram que a média de horas de sono por noite era de cerca de 7 horas e que o registo de sono diurno era em média 14 minutos, sendo que os homens dormiam mais do que as mulheres no período noturno e diurno⁽¹³⁾.

Embora não exista necessariamente uma redução da necessidade de sono diária nas pessoas idosas, há uma redução na capacidade de manter a quantidade e qualidade de sono suficiente^(1,3,7). Van Cauter *et al.* avaliaram uma população de 149 homens saudáveis entre os 16 e os 83 anos e concluíram que entre a meia idade (36-50 anos) e a oitava década de vida o tempo total de sono diminui, em média, 27 minutos por década⁽¹⁴⁾.

As principais razões apontadas pela literatura para a redução da quantidade e qualidade de sono adequado são a presença de comorbilidades, utilização de fármacos que interferem com o sono e alterações no ritmo circadiano⁽⁷⁾. Entre as comorbilidades relevantes destacam-se a demência, depressão, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares e dor crónica^(1,3,7,11,15). No que respeita ao consumo de fármacos, a literatura aponta para a presença de alterações no sono derivadas do uso de estimulantes do sistema nervoso central, antidepressivos, anti-hipertensores, anti-histamínicos, corticosteroides e diuréticos^(1,3,7,15).

Na velhice, os distúrbios do sono são muito comuns e constituem um importante fator de risco para a saúde e qualidade de vida^(1-3,6,7,15). No caso dos idosos residirem em Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPis), estas apresentam, geralmente, um conjunto de fatores que contribuem para um aumento e/ou agravamento dos problemas de sono e para uma qualidade do sono mais reduzida^(15,16). Algumas características das ERPis referidas na literatura como potenciais fatores disruptores do sono são a vigilância e cuidados de higiene noturnos, ruídos, luzes, excesso de tempo passado na cama, menor tempo de exposição à luz solar e redução da atividade física e social durante o dia, que induz sonolência diurna excessiva^(12,15,16).

O presente trabalho integra-se no projeto ICON (*Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration*) e pretende estudar a perceção que os idosos institucionalizados têm da qualidade do seu sono. Assim, tem como principais objetivos: avaliar a perceção da qualidade do sono e o número médio de horas de sono por dia de pessoas idosas institucionalizadas e analisar a relação entre a perceção da qualidade do sono, o funcionamento cognitivo e a sintomatologia psicopatológica.

MÉTODOS

Desenho da investigação

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, inserido no projeto ICON, desenvolvido no Centro de Investigação em Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (CICS-UBI), financiado pela União Europeia – “Programas Integrados de IC&DT” do Centro 2020 (CENTRO-01-0145-FEDER-000013).

Participantes

Participaram no estudo as 442 pessoas idosas residentes em ERPis ou em regime de centro de dia da Beira Interior, que integram a *EBICohort* constituída no âmbito do projeto ICON.

Para a constituição da amostra, foram contactadas todas as ERPis que se encontravam localizadas num limite geográfico de 15 km, à data. Entre as instituições contactadas, 18 aceitaram participar no estudo. Após o estabelecimento de um protocolo de colaboração com as instituições, o projeto foi apresentado aos utentes e/ou representantes legais dos mesmos.

Procedimentos

Para a recolha de dados foi aplicado o protocolo desenvolvido no âmbito do projeto ICON, devidamente autorizado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, a 23 de maio de 2017, com a referência n.º CE-UBI-Pj-2017-012.

Os participantes do estudo ou representantes legais (no caso de participantes apresentarem défice cognitivo) assinaram o consentimento informado, igualmente assinado pelo coordenador do projeto ICON e uma testemunha.

Os dados foram recolhidos em entrevistas individuais, com os participantes sem défice cognitivo ou com os que, apesar de apresentarem algum défice, conseguiam responder às questões relativas ao sono. Relativamente aos participantes com um défice cognitivo impeditivo de responderem às questões, não foram recolhidos dados relativos às horas de sono e perceção da sua qualidade.

Instrumentos

Do protocolo de avaliação do ICON foram analisados, para este estudo, os resultados do questionário sociodemográfico e clínico, das questões sobre o sono, e da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista (ACE-R) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes foram recolhidos com a instituição prestadora de cuidados. Quanto ao sono, foi perguntado aos participantes: “Quantas horas dorme em média, por dia?” e “De uma maneira geral, como descreve a qualidade do seu sono?”, às quais respondiam numa escala tipo *Likert* de 1 (“Muito mau”) a 5 pontos (“Muito bom”).

O ACE-R é um teste individual de rastreio cognitivo, adaptado e validado para a população portuguesa por Simões *et al.*⁽¹⁸⁾. Este instrumento avalia cinco domínios cognitivos: atenção/orientação, memória, fluência verbal, linguagem e viso-espacial⁽¹⁷⁾. O somatório das sub-pontuações obtidas em cada domínio permite obter um resultado máximo de 100 pontos, sendo que pontuações superiores correspondem a melhor funcionamento cognitivo. Este instrumento permite, também, obter a pontuação do MMSE (Mini Mental State Examination).

O BSI, adaptado para a população portuguesa por Canavarro⁽¹⁹⁾, permite a obtenção de pontuações em nove dimensões psicopatológicas e três Índices Globais⁽¹⁸⁾. No BSI, é solicitado aos indivíduos que classifiquem a frequência com que experienciaram sintomas psicopatológicos na última semana, numa escala de 0 a 4 pontos, na qual zero corresponde à ausência de sintoma (“nunca”) e quatro à presença muito frequente do mesmo (“muitíssimas vezes”).

Para este estudo, e tendo em conta os objetivos, foram considerados os índices das dimensões de depressão e de ansiedade, bem como o índice de sintomas positivos, com um ponto de corte de 1,7, estabelecido nos estudos de validação de Canavarro⁽¹⁹⁾.

Análise Estatística

Recorreu-se a técnicas de estatística descritiva para caracterizar a amostra. Para testar a igualdade das médias de duas populações utilizou-se, sempre que possível, o teste paramétrico t de *Student*. Os pressupostos deste teste, nomeadamente a normalidades das distribuições e a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade), foram analisados com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors e com o teste de Levene, respetivamente. No caso de violação do pressuposto de igualdade das variâncias foi usada a aproximação de Welch-Satterthwaite. Na situação em que as distribuições não eram normais, utilizou-se um resultado aproximado recorrendo ao Teorema do Limite Central. Para avaliar a existência de associação entre a perceção da qualidade do sono (medida apenas numa escala ordinal) e o número médio de horas de sono, o índice de sintomas positivos, o índice de depressão e o índice de ansiedade, utilizou-se o teste de correlação ordinal de Spearman.

Assumiu-se como nível de significância estatística o valor 0,05. Os dados recolhidos foram analisados com o *Software Package for Social Sciences* (SPSS®), v. 25.0.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica e clínica

Participaram no presente estudo 311 mulheres (70,4%) e 131 homens (29,6%), perfazendo um total de 442 participantes. A média de idades é 83,98 anos (DP=8,06), variando entre o mínimo de 60 e o máximo de 105 anos.

Relativamente à escolaridade, 135 (30,5%) são analfabetos, 148 (33,5%) têm o 4.º ano, 12 (2,7%) têm o 6.º ano, 5 (1,1%) têm o 9.º ano, 3 (0,7%) têm o 12.º ano e 6 (1,4%) têm o ensino superior.

Quanto à medicação dos participantes, observa-se que as classes farmacológicas mais tomadas são as benzodiazepinas (n= 213; 48,2%), os diuréticos de ansa (n= 173; 39,1%), os antipsicóticos (n= 163; 36,9%) e os antagonistas dos recetores da angiotensina (n= 150; 33,9%).

Quanto ao número de classes farmacológicas tomadas por cada participante, verifica-se que a maioria dos participantes toma 4 ou mais classes farmacológicas diferentes por dia (n= 236; 57,6%), sendo que em cada classe pode tomar um ou mais fármacos concomitantemente. Não foi possível recolher dados em relação a este parâmetro em 32 participantes.

Quanto ao número de diagnósticos, a maioria dos participantes (n= 280; 67,8%) apresenta dois ou mais. Os diagnósticos clínicos mais frequentes entre os idosos estudados são hipertensão arterial (n= 273; 61,8%), dislipidemia (n= 116; 26,2%), diabetes (n= 110; 24,9%), demências que não Alzheimer (n= 105; 23,8%) e insuficiência cardíaca (n= 85; 19,2%). As doenças com menor prevalência são asma e aterosclerose (n= 10; 2,3%).

Caracterização do estado cognitivo

O ACE-R foi aplicado a 337 participantes. Entre estes, de acordo com as normas segundo a idade e escolaridade do ACE-R, verifica-se que 254 (75,4%) apresentam défice cognitivo. Obteve-se uma pontuação média de 45,31 (DP= 19,33), variando entre um mínimo de 9 e um máximo de 93 pontos. A média de pontuação obtida no MMSE foi de 16,81 (DP= 5,90).

Caracterização do sono

O número médio de horas de sono relatado pelos participantes é descrito na figura 1. Não foi possível recolher dados em relação a este parâmetro em 198 participantes.

A percepção da qualidade do sono dos idosos é apresentada na figura 2, não tendo sido possível recolher este dado em 55 participantes. A maioria dos participantes (n= 275; 71,1%) tem uma percepção positiva da sua qualidade de sono, isto é, considera a qualidade do seu sono como “3 – razoável”, “4 – boa” ou “5 – muito boa”.

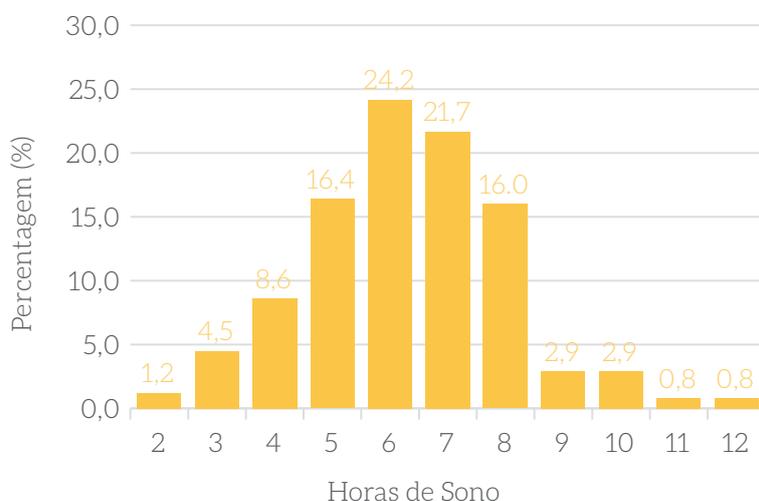


Figura 1 - Número médio de horas de sono dos participantes (N= 244).

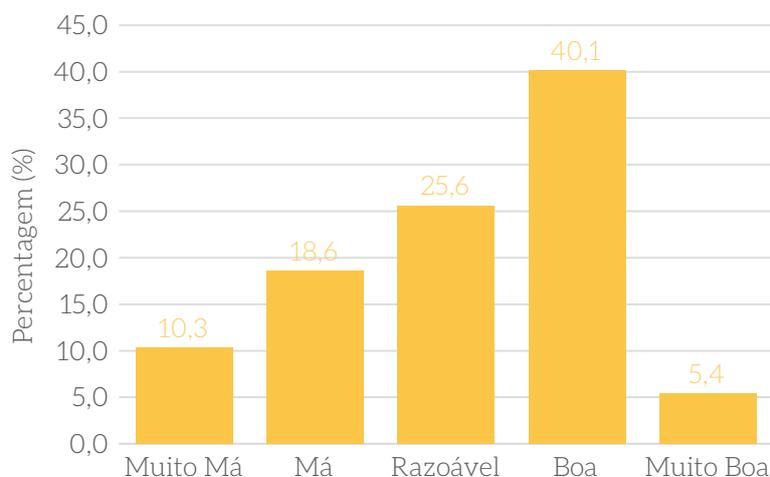


Figura 2 - Descrição da qualidade do sono dos participantes (N=387).

Associação entre o estado cognitivo, a sintomatologia psicopatológica e o sono

Para avaliar se o défice cognitivo e a perceção da qualidade do sono afetam significativamente o índice de sintomas positivos, o índice de depressão, o índice de ansiedade e o número de horas de sono por noite, realizaram-se testes para a igualdade das médias de duas populações. Os pressupostos do teste paramétrico t de Student, normalidade das distribuições e homocedasticidade, foram avaliados respetivamente pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors e pelo teste de Levene.

No teste de Kolmogorov-Smirnov obteve-se $p > 0,05$ nos dois grupos referentes ao déficit cognitivo, exceto para as variáveis número de horas de sono e índice de ansiedade no grupo “com déficit cognitivo”, onde se obteve $p = 0,007$ e $p = 0,001$, respectivamente. No que diz respeito aos grupos referentes à percepção da qualidade do sono rejeita-se a normalidade das distribuições das variáveis número de horas de sono e índice de ansiedade, no grupo dos indivíduos que avaliam positivamente a sua qualidade do sono ($p = 0,001$ em ambos os casos). Nestes casos, como alternativa ao teste t de *Student* para a igualdade das médias, usou-se um resultado assintótico que advém do Teorema do Limite Central.

De acordo com os resultados do teste de Levene, o pressuposto de igualdade de variâncias só não se verifica para a variável ACE_R total nos grupos de indivíduos com e sem déficit cognitivo ($F = 17,564$; $p < 0,001$). Nesta situação como alternativa ao teste t de *Student* para a igualdade das médias, usou-se a aproximação de Welch-Satterthwaite.

Verifica-se que não existe diferença entre os idosos com e sem déficit cognitivo no que diz respeito ao número médio de horas de sono por noite ($p = 0,865$) e os que têm déficit cognitivo apresentam médias mais elevadas no índice de sintomas positivos ($2,19 \pm 0,46$), no índice de depressão ($1,19 \pm 0,83$) e no índice ACE_R ($37,09 \pm 14,11$).

O tempo médio de sono dos idosos com percepção positiva da sua qualidade de sono é superior ao dos idosos com percepção negativa ($p < 0,001$). Os índices médios de depressão, de ansiedade e de sintomas positivos do BSI são maiores no grupo de idosos que avaliam negativamente a qualidade do sono ($p < 0,001$ em qualquer um dos casos).

Para avaliar a existência de associação entre a percepção da qualidade do sono (medida apenas numa escala ordinal) e o número médio de horas de sono por noite, o índice de sintomas positivos, o índice de ansiedade e o índice de depressão, utilizou-se o teste de correlação ordinal de Spearman.

Constata-se uma associação positiva entre o número médio de horas de sono por noite e a percepção que os participantes têm da sua qualidade do sono ($p < 0,001$) bem como a existência de uma associação negativa entre a percepção da qualidade do sono e o Índice de Sintomas Positivos, o Índice de Ansiedade e o Índice de Depressão. Neste sentido, maior sintomatologia psicopatológica está associada a percepção da qualidade do sono mais negativa.

DISCUSSÃO

As pessoas idosas participantes neste estudo reportam um número médio de 6,31 horas de sono por noite. Este dado é concordante com o estudo de Ohayon e Vecchierini que indicou uma média de 7 horas de sono noturno na população estudada⁽¹³⁾. Este resultado é, ainda, suportado pelos estudos que indicam que com o envelhecimento ocorre um processo natural de mudança na arquitetura do sono, com conseqüente redução do tempo total de sono^(1,2).

A percepção positiva que a maioria dos idosos deste estudo tem da sua qualidade de sono não corrobora a literatura que indica que os problemas de sono são uma queixa muito frequente da população idosa^(1,19). Sendo a população avaliada institucionalizada, seria de esperar uma percepção mais negativa da qualidade do sono, dado que, segundo a literatura, os idosos que residem em ERPIs, apresentam, geralmente, um conjunto de fatores que contribuem para um aumento e/ou agravamento dos problemas de sono e para uma qualidade do sono mais reduzida. Contudo, tendo em conta a descrição positiva da qualidade de sono dos idosos avaliados, pode ponderar-se se estes fatores de risco se encontram minimizados nas ERPIs onde residem. Outro possível fator que poderá justificar esta percepção positiva poderá ser o facto de, como mencionado anteriormente, a redução do número de horas de sono ser um processo natural do envelhecimento^(1,2) e, portanto, os idosos não sentirem que o seu sono tenha menos qualidade apenas por dormirem uma média de 6 horas por noite.

Por outro lado, Ohayon e seus colaboradores concluíram que o défice cognitivo se encontra associado a 6 ou menos horas de sono por noite⁽¹³⁾. Tendo em conta que a média de horas de sono dos idosos deste trabalho é correspondente à média de horas referidas no estudo, tal poderia encontrar-se relacionado com a elevada prevalência de défice cognitivo na amostra. Contudo, neste estudo, não se constataram diferenças nas horas de sono dos participantes com e sem défice cognitivo.

Relativamente à sintomatologia psicopatológica, os participantes deste estudo com défice cognitivo apresentam níveis mais elevados de depressão. Este dado corrobora outros estudos que indicam que o comprometimento cognitivo está associado a depressão nos idosos, numa relação bidirecional^(20,21). Os elevados valores obtidos neste estudo no Índice de Sintomas Positivos e no Índice de Depressão são um indicador de possível sintomatologia psicopatológica. Contudo, nos diagnósticos dos participantes não são mencionados os quadros de psicopatologia que seriam expectáveis pelos valores do BSI. Neste sentido os resultados levantam a possibilidade deste tipo de sintomatologia poder não estar a ser avaliada.

Neste estudo observou-se que pontuações superiores nos índices das dimensões depressão e ansiedade se encontravam associadas a uma perceção mais negativa da qualidade do sono. Estes resultados corroboram o constatado por Maglione *et al.* de que sintomas depressivos estão associados a auto-perceção negativa da qualidade de sono⁽⁹⁾. Neste seguimento, diversos estudos afirmam a associação e/ou o agravamento de estados depressivos e ansiógenos com os problemas de sono^(7,8,10).

Quanto ao número médio de horas de sono por noite, os participantes que consideram negativa a sua qualidade do sono dormem menos horas, o que vai ao encontro da literatura que afirma não haver necessariamente uma redução da necessidade de sono diária nas pessoas idosas, apesar da redução na capacidade de manter a quantidade e qualidade de sono suficiente^(1,3,7).

Quanto à perceção da qualidade do sono dos idosos institucionalizados seria de esperar uma perceção mais negativa da mesma. Isto porque as características da população estudada são apontadas pela literatura como potenciais disruptoras do sono, designadamente: elevada prevalência de défice cognitivo, sintomatologia psicopatológica, polimedicação e multimorbilidade^(1,7-11).

CONCLUSÃO

Este trabalho salienta a relevância da qualidade do sono e da sua relação com sintomas psicopatológicos em idosos institucionalizados. Trata-se de um grupo que apresenta muitas patologias, comorbilidades e elevado consumo de fármacos e consequentes interações medicamentosas que podem interferir com a qualidade do sono.

Os resultados alertam para a elevada presença de défice cognitivo e de sintomas psicopatológicos emocionais entre os participantes – pessoas idosas institucionalizadas. A promoção da qualidade do sono afigura-se como uma vertente para se melhorar o estado geral e emocional nesta população específica.

Como limitação deste estudo destaca-se o facto de a recolha dos dados ter sido feita com base na avaliação subjetiva e no autorrelato dos idosos. Este facto impediu a recolha de dados em relação a idosos com um défice cognitivo acentuado e pode suscitar questão em relação à validade dos dados recolhidos com pessoas com algum défice. Sugere-se a utilização de medidas objetivas de avaliação do sono, tais como a polissonografia, em futuros estudos. Apresenta-se, ainda, como limitação, a especificidade de amostra, ao ser constituída por idosos residentes em ERPI's de uma zona específica de Portugal e as limitações

inerentes à generalização dos resultados aos idosos institucionalizados. Assim, será possível estudar com mais robustez a importante relação do sono com o funcionamento cognitivo e bem-estar psicológico para que se possa promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

1. Neikrug AB, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the older adult – a mini-review. *Gerontology*. 2010;56(2):181-9. doi:10.1159/000236900.
2. Moraes W, Piovezan R, Poyares D, Bittencourt LR, Santos-Silva R, Tufik S. Effects of aging on sleep structure throughout adulthood: a population-based study. *Sleep medicine*. 2014;15(4):401-9. doi: 10.1016/j.sleep.2013.11.791.
3. Cooke JR, Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in older adults. *The Psychiatric clinics of North America*. 2006;29(4):1077-93; abstract x-xi. doi: 10.1016/j.psc.2006.08.003
4. Kumar VM. Sleep and sleep disorders. *The Indian journal of chest diseases & allied sciences*. 2008;50(1):129-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18610697>
5. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2018; 2018. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/state/glance_pt
6. Martin JL, Fiorentino L, Jouldjian S, Josephson KR, Alessi CA. Sleep quality in residents of assisted living facilities: effect on quality of life, functional status, and depression. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(5):829-36. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02815.x
7. Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harvard review of psychiatry*. 2008;16(5):279-86. doi: 10.1080/10673220802432210
8. Yu J, Rawtaer I, Fam J, Jiang MJ, Feng L, Kua EH, *et al*. Sleep correlates of depression and anxiety in an elderly Asian population. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. 2016;16(3):191-5. doi: 10.1111/psyg.12138.

9. Maglione JE, Ancoli-Israel S, Peters KW, Paudel ML, Yaffe K, Ensrud KE, *et al*. Depressive symptoms and subjective and objective sleep in community-dwelling older women. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(4):635-43. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03908.x
10. Papadimitriou GN, Linkowski P. Sleep disturbance in anxiety disorders. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17(4):229-36. doi: 10.1080/09540260500104524.
11. Rose KM, Lorenz R. Sleep disturbances in dementia. *J Gerontol Nurs*. 2010;36(5):9-14. doi: 10.3928/00989134-20100330-05
12. Martin JL, Webber AP, Alam T, Harker JO, Josephson KR, Alessi CA. Daytime sleeping, sleep disturbance, and circadian rhythms in the nursing home. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2006;14(2):121-9. doi: 10.1097/01.JGP.0000192483.35555.a3
13. Ohayon MM, Vecchierini MF. Normative sleep data, cognitive function and daily living activities in older adults in the community. *Sleep*. 2005;28(8):981-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16218081>
14. Van Cauter E, Leproult R, Plat L. Age-related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in healthy men. *Jama*. 2000;284(7):861-8. doi: 10.1001/jama.284.7.861
15. Ye L, Richards KC. Sleep and Long-Term Care. *Sleep medicine clinics*. 2018;13(1):117-25. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.011
16. Schnelle JF, Ouslander JG, Simmons SF, Alessi CA, Gravel MD. The nighttime environment, incontinence care, and sleep disruption in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993;41(9):910-4. doi: 10.1111/j.1532-5415.1993.tb06754.x
17. Firmino H, Simões MR, Pinho S, Cerejeira J, Martins C. Avaliação Cognitiva de Addenbrooke - Versão Revista (2.^a edição, com atualização de dados normativos): Manual. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria (PsyAssessmentLab). 2017.
18. Canavarro M. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Em: Simões MR, Machado C, Gonçalves MM, Almeida LS, editores. Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados Para a População Portuguesa (Vol III). Coimbra: Quarteto; 2007. p. 305-30.
19. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA %J *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:851-60. doi: 10.1590/S1413-81232010000300028

20. Wang S, Blazer DG. Depression and cognition in the elderly. Annual review of clinical psychology. 2015;11:331-60. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112828

21. Paterniti S, Verdier-Taillefer MH, Dufouil C, Alperovitch A. Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people. Longitudinal study. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2002; 181:406-10. doi:10.1192/bjp.181.5.406

Correspondência: a34155@fcsaude.ubi.pt