

DOI: 10.1590/S0080-62342013000600014

Perfil dos idosos que cochilam

PROFILE OF THE ELDERLY WHO NAPS

PERFIL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE DORMITAN

Ariene Angelini dos Santos¹, Simone Camargo de Oliveira², Denise Cuoghi de Carvalho Veríssimo Freitas³, Maria Filomena Ceolim⁴, Sofia Cristina Iost Pavarini⁵, Maria Cecília Pires da Rocha⁶

RESUMO

Esse estudo objetivou caracterizar os idosos que cochilam segundo as características sociodemográficas e de fragilidade. Estudo descritivo, transversal, recorte do projeto multicêntrico *Fragilidade em Idosos Brasileiros*. Foram avaliados 1.866 idosos utilizando-se questionário socio-demográfico. A fragilidade foi avaliada usando o fenótipo proposto por Fried. Os dados foram tratados com estatística descritiva. Os resultados apontaram que o perfil do idoso que cochila foi constituído predominantemente por mulheres, casadas, aposentadas, pré-frágeis, com média de idade de 73 anos, quatro anos de estudo, renda familiar mensal de 3,9 salários mínimos, com 4,4 filhos e que residiam apenas com eles. Os idosos relataram cochilar em média 5,9 dias por semana, com duração de 53,5 minutos por cochilo. Conhecer o perfil do idoso que cochila contribui para os profissionais de saúde desenvolverem ações em relação aos problemas de sono dos idosos frágeis/pré-frágeis, prevenindo, minimizando ou resolvendo esses problemas.

DESCRIPTORIOS

Idoso
Sono
Enfermagem geriátrica

ABSTRACT

This study aimed to characterize the elderly who naps according to sociodemographic characteristics and frailty. A descriptive, cross-sectional study part of the multicenter project *Frailty in the Elderly Brazilians*. We evaluated 1,866 elderly people using a sociodemographic questionnaire. The frailty was assessed using the phenotype proposed by Fried. The data were analyzed with descriptive statistics. The results showed that the profile of the elderly who naps consists predominantly of women, married, retired, pre-frail, with an average age of 73 years, four years of study, with monthly family income of 3.9 minimum salary, with 4.4 children who were living with them only. The elderly reported napping on average 5.9 days per week, lasting 53.5 minutes per nap. Knowing the profile of the elderly who naps contributes to health professionals in the development of actions in relation to sleep problems of the frail/pre-frail elderly, preventing, minimizing or solving these problems.

DESCRIPTORS

Aged
Sleep
Geriatric nursing

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue caracterizar a adultos mayores que dormitan según las características socio-demográficas y de fragilidad. Estudio descriptivo, transversal, un recorte del proyecto multicéntrico *Fragilidad en los adultos mayores brasileños*. Fueron evaluados 1866 adultos mayores mediante el cuestionario socio-demográfico. La fragilidad se evaluó mediante el fenotipo propuesto por Fried. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva. Los resultados mostraron que el perfil del anciano que dormita fue constituido principalmente por mujeres, casadas, jubiladas, pre-frágeles, siendo el promedio de edad de 73 años, cuatro años de educación, con ingreso familiar mensual de 3,9 sueldos mínimos, con 4,4 hijos, y que vivían sólo con sus hijos. Los adultos mayores reportaron dormir en promedio 5,9 días por semana, con duración de 53,5 minutos por siesta. Conocer el perfil de los adultos mayores que dormitan contribuye para que los profesionales de la salud desarrollen acciones relacionadas con los problemas de sueño de los adultos mayores frágiles/pre-frágeles, previniendo, minimizando o resolviendo estos problemas.

DESCRIPTORIOS

Anciano
Sueño
Enfermería geriátrica

¹ Enfermeira. Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. arieneangelini@yahoo.com.br ² Enfermeira. Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. sicamargoo@yahoo.com.br ³ Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. denisecuoghi@ig.com.br ⁴ Enfermeira. Professora Associada, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. fceolim@fcm.unicamp ⁵ Enfermeira. Professora Associada, Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil. sofia@ufscar.br ⁶ Enfermeira. Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. piresdarocha@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa tem se traduzido em maior número de problemas de longa duração, seja para o indivíduo, seja para a sociedade. Dentre eles, destacam-se as alterações no padrão de sono habitual⁽¹⁾. 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⁽²⁾.

As alterações no padrão do sono associadas ao envelhecimento podem corresponder a 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 do 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⁽³⁾.

Pesquisas sugerem que os principais fatores relacionados ao cochilo diurno em idosos são os distúrbios do sono noturno, a alteração do ciclo sono-vigília relacionada à idade, as comorbidades e as doenças mentais⁽⁴⁾. Os estudos têm sugerido que o cochilo habitual pode ser benéfico, a depender do horário do dia e da duração do cochilo⁽⁵⁾.

Ao avaliar idosos saudáveis sem queixas relacionadas ao sono noturno, autores encontraram que 90 minutos de cochilo entre 13h30 e 15h00, estabelecido no protocolo da pesquisa, apesar de resultar em menor eficiência do sono noturno, influenciaram positivamente o desempenho psicomotor após o período do cochilo⁽⁶⁾.

Já em um estudo de coorte realizado nos Estados Unidos, os resultados foram contrários. Com o objetivo de avaliar a associação independente das causas de mortalidade com a duração do cochilo diurno, os pesquisadores acompanharam moradores de uma pequena comunidade localizada no sul da Califórnia, por um período de 19 anos. Os resultados mostraram que nos homens, a mortalidade foi associada com o cochilo com duração de mais de 30 minutos por dia e esses resultados foram significativos após o ajuste para múltiplas covariáveis, como a maior idade⁽⁷⁾. A literatura evidencia que a maior frequência da ocorrência e o tempo dos cochilos diurnos estão associados à maior ocorrência de doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2⁽⁸⁻⁹⁾.

Há ainda evidências de que os distúrbios do sono estejam associados de forma independente com a fragilidade em idosos. Comprovando esta hipótese, uma pesquisa

realizada nos EUA, com 3.133 homens com idade igual ou superior a 67 anos, evidenciou que as queixas de má qualidade do sono, sonolência diurna excessiva, sono de curta duração, latência de sono prolongada e fragmentação do sono foram mais prevalentes em idosos frágeis. Os autores concluíram que as queixas de sono, como má qualidade autorreferida, eficiência e latência prolongadas estão independentemente associadas a maior evidência da fragilidade⁽¹⁰⁾.

Diante do exposto, o conhecimento do perfil do idoso que cochila é essencial para subsidiar os serviços de saúde no planejamento do cuidado em relação à qualidade de seu sono. Pesquisas que caracterizam o perfil dos idosos que cochilam são escassas no contexto, havendo uma lacuna na literatura brasileira. Assim, este estudo objetivou caracterizar os idosos que cochilam, segundo características sociodemográficas e de fragilidade.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvida a partir de dados pertencentes ao banco de dados eletrônico do Estudo Multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), realizado por pesquisadores de quatro universidades do país (UFMG, USP-RP, UNICAMP, UERJ) e conduzido com o objetivo de estudar as condições de saúde e bem-estar de homens e mulheres com 65 anos e mais, residentes na comunidade.

Neste estudo foram utilizados os dados relativos ao polo Unicamp, que abrange as seguintes cidades: Belém (PA), Poços de Caldas (MG), Parnaíba (PI), Campinas (SP), Ivoti (RS), Ermelino Matarazzo (distrito de SP) e Campina Grande (PB) (n=3.478). O recrutamento dos idosos ocorreu no domicílio, em setores censitários urbanos sorteados aleatoriamente.

Os critérios de inclusão dos idosos foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário. Os critérios de exclusão foram: a) idosos com déficit cognitivo grave, sugestivo de demência, evidenciado por problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, e de comunicação, ou observados pelos recrutadores; b) idosos que estivessem usando cadeira de rodas ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados; c) portadores de sequelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; d) portadores de doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimento grave de motricidade, fala ou afetividade; e) portadores de déficits graves de audição ou de visão, que dificultassem fortemente a comunicação; e f) idosos em estágio terminal.

Compuseram a amostra deste estudo todos os idosos do banco de dados do Projeto FIBRA Unicamp, exceto os que não apresentavam dados sobre o cochilo (ocorrência, frequência semanal e duração). Assim, a amostra final foi composta por 1.866 idosos, 53,6% da amostra geral.

A coleta de dados ocorreu em sessão única e teve início após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os idosos foram submetidos a medidas de fragilidade e de caracterização sociodemográfica.

As seguintes variáveis foram usadas para sua caracterização sociodemográfica: gênero, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar em salários mínimos, arranjo familiar, trabalho atual e aposentadoria.

Para a avaliação da fragilidade, foi adotada a definição proposta por Linda Fried⁽¹¹⁾. São cinco os elementos da definição operacional da síndrome ou do fenótipo de fragilidade: 1) perda de peso não intencional igual ou superior a 4,5 kg; 2) fadiga avaliada por autorrelato; 3) baixa força de preensão medida com dinamômetro hidráulico portátil na mão dominante; 4) baixo nível de dispêndio de energia medido em quilocalorias avaliado a partir de autorrelato de exercícios físicos e trabalhos domésticos; 5) baixa velocidade da marcha indicada pelo tempo médio gasto para percorrer a distância de 4,6 m. Para os três últimos critérios, pontuam para fragilidade os indivíduos que obtêm resultados localizados entre os 20% mais baixos da amostra. A presença de três ou mais das cinco características do fenótipo significam fragilidade, uma ou duas significam pré-fragilidade e nenhuma característica indica um idoso não frágil.

Todos os princípios éticos que regem pesquisas com seres humanos foram observados. A utilização dos dados pertencentes ao Projeto FIBRA Unicamp foi autorizada pela coordenadora do estudo. A presente investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa como adendo ao Estudo FIBRA (parecer nº 208/2007) em 27/09/2011.

Os dados obtidos foram codificados e digitados em planilha eletrônica e analisados com o *software* SPSS, versão 17.0. Foram tratados com estatística descritiva e apresentados em tabelas, com números absolutos e percentuais para as variáveis categóricas, e com médias, desvios-padrão e medianas para as variáveis numéricas.

RESULTADOS

A amostra para este estudo constituiu-se de 1.866 idosos. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos segundo as características sociodemográficas e os níveis de fragilidade.

A Tabela 2 revela as medidas de posição e dispersão das variáveis numéricas

Tabela 1 – Distribuição dos idosos que cochilam segundo os aspectos sociodemográficos e níveis de fragilidade – UNICAMP, Campinas, 2008-2009.

Variável (n)*	N	%
Gênero (1.866)		
Masculino	680	36,4
Feminino	1186	63,6
Faixa etária (1.866)		
65 a 69 anos	634	34,0
70 a 74 anos	555	29,7
75 a 79 anos	390	20,9
80 anos e mais	287	15,4
Estado civil (1.862)		
Casado ou vive com companheiro	925	49,7
Solteiro	153	8,2
Divorciado/separado/desquitado	107	5,7
Viúvo	677	36,4
Escolaridade (1.864)		
0	353	18,9
1 a 4 anos	932	50,0
5 a 8 anos	335	18,0
9 anos ou mais	244	13,1
Renda familiar† (1.566)		
0 a 1,0 Salário mínimo	173	11,1
1,1 a 3,0 salários mínimos	750	47,9
3,1 a 5,0 salários mínimos	353	22,5
5,1 a 10,0 salários mínimos	185	11,8
>10,0 salários mínimos	105	6,7
Arranjo familiar (1.862)		
Sozinho	226	12,2
Só com o cônjuge	359	19,3
Descendência	517	27,7
Cônjuge + descendência	484	26,0
Outros parentes e externos	97	5,2
Outros arranjos mistos	179	9,6
Trabalha (1.855)		
Sim	265	14,3
Não	1590	85,7
Aposentado (1.854)		
Sim	1426	76,9
Não	428	23,1
Fragilidade (1.838)		
Não frágil	708	38,5
Pré-frágil	952	51,8
Frágil	178	9,7

*Os diferentes números da amostra para cada variável referem-se à ausência de respostas no protocolo da pesquisa. † O salário mínimo vigente em 2008 era de R\$415,00 e em 2009 era de R\$465,00.
Nota: n=1.866

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis numéricas idade, número de filhos, frequência dos cochilos, duração dos cochilos, renda familiar e anos de estudo – UNICAMP, Campinas, 2008-2009.

Variável	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Idade	1866	73,0	5,9	65,0	68,0	72,0	77,0	101,0
Cochilo dias*	1811	5,9	1,9	1,0	5,0	7,0	7,0	7,0
Cochilo horas†	1797	53,5	42,7	1,0	30,0	40,0	60,0	360,00
Renda‡	1566	4,0	4,9	0,0	1,9	2,4	4,3	72,3
Anos de estudo	1864	4,3	3,9	0,0	1,0	4,0	5,0	22,0

*A frequência do cochilo foi expressa em dias por semana.

†A duração do cochilo foi expressa em minutos por cochilo

‡A renda familiar foi expressa em salários mínimos.

Nota: n=1.866.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que houve predominância do gênero feminino (63,6%), o que é corroborado tanto pela literatura nacional⁽¹²⁻¹⁶⁾, quanto internacional⁽¹⁷⁾. A elevada participação feminina em estudos com idosos reflete a maior longevidade das mulheres, com maior probabilidade de sobrevivência. Tal fenômeno é conhecido como feminização da velhice.

Este fato pode ser compreendido diante da menor exposição a determinados fatores de risco ocupacionais, haja vista que antigamente a atuação dos homens estava voltada para o mercado de trabalho e a das mulheres, para o cuidado com o lar. Além disso, as mulheres utilizam com maior frequência os serviços de saúde quando comparadas aos homens⁽¹²⁻¹⁶⁾. Cabe ressaltar que elas também apresentam menor prevalência de tabagismo e etilismo⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ e estão menos expostas à mortalidade por causas externas (situações de violência e acidentes automobilísticos, por exemplo) quando comparadas aos homens jovens⁽¹⁶⁾.

Em relação ao gênero, alguns estudos encontraram taxas mais elevadas de cochilo entre homens idosos em comparação com mulheres idosas^(8,18). No entanto, há controvérsias na literatura a esse respeito⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, houve predomínio da faixa etária de 65 a 69 anos (34,0%). A idade média dos idosos foi de 73,0 anos (dp=5,9), com variação entre 65 e 101 anos. Esses dados estão de acordo tanto com trabalhos internacionais⁽¹⁷⁾ quanto com estudos nacionais⁽²⁰⁻²¹⁾. A predominância de participantes na faixa etária de idosos jovens em pesquisas demonstra a característica de envelhecimento recente do contexto brasileiro, diferentemente dos países desenvolvidos, nos quais há o predomínio de idosos mais velhos, isto é, com 80 anos e mais⁽²²⁾.

Em relação ao estado civil, a maioria dos idosos deste estudo era casada ou vivia com companheiro (49,7%), seguida pelos viúvos (36,4%). Pesquisadores afirmam que ter um companheiro para realizar as atividades diárias é de suma importância para a saúde do idoso, contribuindo para a autoestima e a autonomia⁽¹⁶⁾. Pessoas do gênero

masculino parecem obter mais benefícios em relação ao matrimônio do que as do gênero feminino. Isso acontece porque os homens têm maior chance de permanecer casados, enquanto que as mulheres têm maior probabilidade de se tornarem viúvas, devido a maior longevidade. Essa diferença em relação ao estado civil reflete aspectos culturais difundidos entre as gerações. Quando se tornam viúvos, os homens tendem a se casar novamente, enquanto as mulheres viúvas geralmente permanecem sem companheiro, assumem o luto para o resto da vida, com dedicação exclusiva aos filhos e ao lar⁽¹⁴⁾.

Quanto à escolaridade, a maioria dos idosos apresentava de um a quatro anos de estudos (50,0%) e a escolaridade média foi de 4,3 anos (dp=3,9), com variação entre zero e 27 anos de estudo. Esses resultados também foram confirmados pelo censo realizado com idosos brasileiros: 50,2% com menos de quatro anos de estudo, 32,3% com quatro a oito e 17,4% com nove anos ou mais⁽²³⁾.

A baixa escolaridade pode ser explicada pela época em que esses idosos nasceram e cresceram. Não havia valorização da educação formal e as condições socioeconômicas eram precárias, refletindo em dificuldade de acesso à escola, principalmente na zona rural, pois estas localizavam-se nas vilas mais próximas⁽²⁰⁾. A educação das crianças era privilégio de uma minoria: os meninos eram responsáveis pelo cultivo da terra, enquanto as meninas auxiliavam suas mães nos afazeres domésticos^(14,20-21).

Autores afirmam que a baixa escolaridade pode estar associada a desfechos negativos em relação à saúde dos idosos, como problemas de saúde mental, fragilidade e condições crônicas⁽¹⁶⁾. Idosos com baixa escolaridade podem apresentar um estado de saúde precário decorrente de piores hábitos de vida, maior exclusão social, menor nível de informação e piores condições socioeconômicas para o livre acesso aos serviços de saúde de maneira precoce. Em compensação, o acesso à alfabetização pode propiciar maior participação dos idosos em programas de promoção à saúde⁽¹⁶⁾.

A escolaridade pode ser vista como um das variáveis categóricas para as condições de saúde, uma vez que, quanto

maior a escolaridade, mais saudável será o estilo de vida e maior a procura por serviços para prevenção de agravos e promoção da saúde⁽²⁴⁾. A chance de um idoso relatar um estado de saúde melhor é maior entre aqueles com mais anos de estudo⁽¹²⁾.

Neste estudo, grande parte dos idosos (85,7%) não trabalhava no momento da pesquisa e estavam aposentados (76,9%). A renda familiar mensal média foi de 4,0 salários mínimos (dp=4,9), com predominância da faixa de 1,1 a 3,0 salários mínimos por mês (47,9%).

No Brasil, a renda é de até um salário mínimo para 43,2% dos idosos ou de um a dois salários mínimos, para 29,0%⁽²³⁾. A renda impacta fortemente a saúde da população e o idoso também pode ser atingido, haja vista os gastos com medicamentos nessa fase da vida. Além disso, em decorrência de modificação recente nos arranjos domiciliares, muitos idosos contribuem significativamente para o orçamento familiar. A aposentadoria torna-se uma garantia fixa para o atendimento das necessidades básicas dos lares dos idosos^(14,20), que muitas vezes assumem a responsabilidade financeira e tornam-se provedores do sustento de filhos desempregados e netos. Já a renda insuficiente provoca situação de grande vulnerabilidade social, expondo os idosos ao risco de agravamento das doenças já existentes e ao surgimento de novas condições de adoecimento, pois rendimentos insuficientes não suprem as necessidades de idosos e suas famílias⁽¹⁴⁾.

Idosos detentores de maior renda são mais independentes para o autocuidado e fazem uso correto de medicações, enquanto que os de menor poder aquisitivo são mais suscetíveis a doenças e, conseqüentemente, necessitam de maior atenção à saúde. Porém, de forma contraditória, pessoas de baixa renda apresentam menor utilização dos serviços de saúde⁽¹²⁾.

Em relação ao arranjo familiar, a maioria dos idosos residia apenas com os filhos (27,7%), seguidos dos que residiam com o cônjuge e os filhos (26,0%). A co-residência pode ser considerada uma estratégia das famílias para beneficiar tanto as gerações mais velhas como as mais jovens, podendo significar melhora das condições de vida. Os fatores que influenciam a composição dos lares dos idosos dependem de: necessidade dos membros da família, sexo, idade, estado conjugal, condições de saúde, número de filhos do idoso e grau de dependência⁽²⁵⁾.

Quanto à fragilidade, 51,8% dos idosos mostraram-se pré-frágeis, 38,5% não frágeis e 9,7% frágeis, levando em consideração o fenótipo proposto por Linda Fried. Esses dados corroboram resultados de outros estudos encontrados na literatura. Na prevalência da síndrome da fragilidade em pesquisas ao redor do mundo com a utilização desse fenótipo, tendo sido encontradas porcentagens que variam de 5 a 20%⁽²⁶⁻²⁷⁾. O aumento do número de publicações relativas à síndrome da fragilidade nos últimos anos remete ao crescente interesse pelo assunto, já que a fragilidade pode ser considerada um problema de saúde pública, embora

possa ser prevenida ou mesmo revertida, quando tratada de forma precoce⁽²⁷⁾.

Em relação aos cochilos, 61,7% dos idosos relataram cochilar durante o dia, em média 5,9 dias por semana (dp=1,9), com duração média de 53,5 minutos (dp=42,7) por cochilo. Esses dados vão ao encontro de outras pesquisas^(19,28) da literatura, que indicam variação de 22 a 61% para as taxas de prevalência do cochilo habitual. Isso ocorre dependendo do local do estudo, da definição de cochilo que foi usada e das características da população avaliada⁽⁴⁻⁵⁾.

O cochilo entre pessoas idosas pode ser considerado um hábito rotineiro, especialmente em locais de clima quente, como China, América Latina e região do Mediterrâneo⁽²⁹⁾. O tempo despendido para os cochilos diurnos podem impactar tanto positiva quanto negativamente a saúde dos idosos. Autores afirmam que cochilos longos seriam prejudiciais, resultando em inércia do sono e interferindo na duração e qualidade do sono noturno. Já os cochilos curtos seriam benéficos, ao aumentarem a vigília⁽⁵⁾.

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos mostrou-se pré-frágil e relatou cochilar durante o dia, em média 5,9 dias por semana, com duração de 53,5 minutos por cochilo. O perfil dos idosos que cochilavam foi constituído predominantemente por mulheres, com média de idade de 73 anos, quatro anos de estudo, casadas, aposentadas e com renda familiar mensal de 3,9 salários mínimos. Por se tratar de um estudo multidisciplinar, o perfil aqui apresentado, em muitos aspectos, aproxima-nos da realidade dos idosos que cochilam e que constituem, de fato, uma coorte importante para futuras investigações na área do envelhecimento.

Os resultados alertam para a necessidade de estabelecer programas de acordo com as características específicas dos idosos nos estados frágil ou pré-frágil que cochilam frequentemente.

O profissional de saúde deve inteirar-se da realidade que o cerca, de modo consciente, competente, técnico e científico, sendo necessária a reflexão crítica em relação aos problemas de sono que o cliente apresenta. Conhecer o perfil do idoso que cochila pode contribuir para um cuidado de enfermagem gerontológica mais adequado, pois o profissional terá subsídios para implantar a melhor linha de cuidado, de acordo com suas necessidades.

Mesmo que a literatura nacional e internacional consagre o fato de o idoso ser susceptível à ocorrência de problemas relacionados ao sono, observa-se uma falta de atenção por parte da saúde pública em relação a esta problemática.

Assim, considerando-se que a estruturação das políticas públicas de saúde deve estar fundamentada no diagnóstico de problemas específicos, espera-se que os resultados do presente estudo possam subsidiar programas de promoção, prevenção e atenção aos idosos que se apresentam frágeis e com problemas relacionados ao sono.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Liberalesso A. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;15(3):851-60.
2. Alessi CA, Martin JL, Webber AP, Cynthia Kim E, Harker JO, Josephson KR. 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.
3. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Sleep problems and social support: Frailty in a Brazilian Elderly Multicenter Study. *Rev Latino Am Enferm*. 2011;19(4):920-7.
4. Ficca G, Axelsson J, Mollicone DJ, Muto V, Vitiello MV. Naps, cognition and performance. *Sleep Med Rev*. 2010;14(4):249-58.
5. Martin JL, Ancoli-Israel S. Napping in older adults. *Sleep Med Clin*. 2006;1(2):177-86.
6. Monk TH, Buysse DJ, Carrier J, Billy BD, Rose LR. Effects of afternoon "siesta" naps on sleep, alertness, performance, and circadian rhythms in the elderly. *Sleep*. 2001;24(6):680-7.
7. Jung KI, Song CH, Ancoli-Israel S, Barrett-Connor E. Gender differences in nighttime sleep and daytime napping as predictors of mortality in older adults: the Rancho Bernardo Study. *Sleep Med*. 2013;14(1):12-9.
8. Lam KBH, Jiang CQ, Thomas GN, Arora T, Zhang WS, Taheri S. Napping is associated with increased risk of type 2 diabetes: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Sleep*. 2010;33(3):402-7.
9. Tanabe N, Iso H, Seki N, Suzuki H, Yatsuya H, Toyoshima H, et al. Daytime napping and mortality, with a special reference to cardiovascular disease: the JACC study. *Int J Epidemiol*. 2010;39(1):233-43.
10. Ensrud KE, Blackwell TL, Redline S, Ancoli-Israel S, Paudel ML, Cawthon PM, et al. Sleep disturbances and frailty status in older community-dwelling men. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(11):2085-93.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56.
12. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JL, Malik AM, Almeida ES, et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
13. Silva HO, Carvalho MJAD, Lima FEL, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(1):123-33.
14. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev RENE*. 2011;12(n. esp):988-94.
15. Andrade WJ, Araújo A, Campos KFC. Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2011;1(4):470-81.
16. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):147-53.
17. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):310-9.
18. Picarsic JL, Glynn NW, Taylor CA, Katula JA, Goldman SE, Studenski SA, et al. Self-reported napping and duration and quality of sleep in the lifestyle interventions and independence for elders pilot study. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(9):1674-80.
19. Foley DJ, Vitiello MV, Bliwise DL, Ancoli-Israel S, Monjan AA, Walsh JK. Frequent napping is associated with excessive daytime sleepiness, depression, pain, and nocturia in older adults: findings from the National Sleep Foundation "2003 Sleep in American Poll. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(4):344-50.
20. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2603-11.
21. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):589-94.
22. Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):706-16.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e 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).
24. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(5/6):410-8.
25. Luchesi BM, Pavarini SCI, Viana AS. Cognitive alterations of the elderly in home settings and the attitudes of children towards aging. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):335-41.

-
26. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64A(6):675-81.
27. Tribess S, Oliveira RJ. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. *Rev Salud Pública.* 2011;13(5):853-64.
28. Cohen-Mansfield J, Perach R. Sleep duration, nap habits and mortality in older persons. *Sleep.* 2012;35(7):1003-9.
29. Xu Q, Song Y, Hollenbeck A, Blair A, Schatzkin A, Chen H. Day napping and short night sleeping are associated with higher risk of diabetes in older adults. *Diabetes Care.* 2010;33(1):78-83.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à coordenadora do estudo FIBRA, Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri.