

Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia¹

Thalyta Cristina Mansano-Schlosser²

Maria Filomena Ceolim³

Objetivo: avaliar as características do sono e os fatores associados à qualidade do sono de pacientes idosos, submetidos ao tratamento quimioterápico ambulatorial. **Método:** estudo transversal, com 140 pacientes idosos (51,2% do sexo feminino, média de idade 69,8 anos), com câncer em estágio III ou IV (67,9%), conduzido em um hospital universitário do Estado de São Paulo, em 2010. Utilizaram-se os instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, validado por especialistas; Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; Escala de Fadiga de Piper-revisada; Escala de Mensuração Subjetiva de Dor. **Resultados:** a maioria dos idosos (62,9%) apresentou pontuação compatível com má qualidade do sono. Em média, a duração do sono foi de 388,0 minutos, latência de 44,6 minutos e eficiência, 83,8%. À análise de regressão logística múltipla observou-se aumento de 21% da probabilidade de apresentar má qualidade do sono a cada acréscimo de um ponto na intensidade da dor. **Conclusão:** intervenções de enfermagem, visando promover melhor qualidade do sono aos pacientes idosos com câncer, devem agregar medidas para controle da dor.

Descritores: Sono; Neoplasias; Agentes Antineoplásicos; Idoso; Enfermagem.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Qualidade do sono e fadiga em idosos sob tratamento quimioterápico ambulatorial", apresentada a Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Apoio financeiro Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2009/06606-2.

² Doutoranda, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

³ PhD, Professor Doutor, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Endereço para correspondência:

Thalyta Cristina Mansano-Schlosser
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
CEP: 13084-971, Campinas, SP, Brasil
E-mail: thalyta@fcm.unicamp.br, mansanothalyta@gmail.com

Factors associated with sleep quality in the elderly receiving chemotherapy

Objective: to evaluate the characteristics of sleep and the factors associated with the quality of sleep in elderly patients receiving outpatient chemotherapy treatment. Method: cross-sectional study with 140 elderly patients (51.2% female, average age 69.8 years) with stage III or stage IV cancer (67.9%), undertaken in a university hospital in the state of São Paulo in 2010. The following instruments were used: sociodemographic and clinical characterization questionnaire, validated by specialists; Pittsburgh Sleep Quality Index; Piper Fatigue Scale-reviewed; and a scale for the subjective measurement of pain. Results: the majority of the elderly (62.9%) had a score compatible with poor sleep quality. On average, the duration of sleep was 388.0 minutes, latency was 44.6 minutes and efficiency of 83.8%. Through multiple logistic regression analysis, an increase of 21% in the probability of having poor sleep quality was observed for each single-point increase in the intensity of the pain. Conclusion: nursing interventions aiming to promote better sleep quality for elderly patients with cancer must include measures for pain control.

Descriptors: Sleep; Neoplasms; Antineoplastic Agents; Aged; Nursing.

Factores asociados a la calidad del sueño de mayores sometidos a la quimioterapia

Objetivo: evaluar las características del sueño y los factores asociados a la calidad del sueño de pacientes mayores sometidos al tratamiento de quimioterapia de ambulatorio. Método: estudio transversal con 140 pacientes mayores (51,2% del sexo femenino, media mayores 69,8 años) con cáncer en estadio III o IV (67,9%), acarreado en un hospital universitario de la provincia de São Paulo, en 2010. Se utilizaron los instrumentos: cuestionario de caracterización socio-demográfica y clínica, validado por expertos; Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh; Escala de Fatiga de Piper-revisada; Escala de mensuración subjetiva de dolor. Resultados: la mayoría de los mayores (62,9%) presentó puntuación compatible con mala calidad del sueño. En media, la duración del sueño fue de 388,0 minutos, latencia de 44,6 minutos y eficiencia, 83,8%. Al análisis de regresión logística múltiple se observó aumento del 21% de la probabilidad de presentar mala calidad del sueño a cada añadidura de un punto en la intensidad del dolor. Conclusión: intervenciones de enfermería objetivando promover mejor calidad del sueño a los pacientes mayores con cáncer deben agregar medidas para control del dolor.

Descriptores: Sueño; Neoplasias; Agentes Antineoplásicos; Anciano; Enfermería.

Introdução

O câncer é importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o qual tem merecido cada vez mais pesquisas visando o alcance de melhor qualidade e humanização na assistência às pessoas por ele atingidas. Estima-se que, em 2020, o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões⁽¹⁾.

O envelhecimento da população também é fenômeno de amplitude mundial, com destaque para o considerável aumento da população com 70 anos, ou mais, de idade. Em 2009, os resultados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio apontavam para um total de 11,3 milhões de pessoas nessa faixa etária⁽²⁾. Simultaneamente, e em parte como consequência do envelhecimento populacional, ocorreu mudança no perfil das doenças mais prevalentes, com o predomínio das doenças crônicas não

transmissíveis, cuja incidência e mortalidade se elevam à medida que aumenta a vida média da população. O aumento da expectativa de vida não só eleva a exposição do indivíduo aos fatores de risco presentes no meio ambiente e o tempo dessa exposição como, também, o envelhecimento propicia o surgimento de neoplasias genéticas cujo aparecimento é tardio⁽³⁾.

O câncer altera muitos aspectos da vida do indivíduo e pode trazer modificações expressivas ao seu cotidiano, dependendo do grau de comprometimento da capacidade para realização de atividades habituais⁽⁴⁾. Uma importante consequência do câncer é a má qualidade do sono, que tem, atualmente, recebido maior atenção dos pesquisadores e, embora ainda insuficiente, também pode contribuir para alterações negativas na qualidade de vida⁽⁵⁾. Existe

forte associação entre distúrbios do sono e ocorrência de doenças ou morte⁽⁶⁾.

O sono constitui um processo fisiológico cíclico, constituído por cinco estágios que podem ser distinguidos de acordo com o padrão do eletroencefalograma (EEG), a presença ou não de movimentos oculares rápidos (conhecidos pela sigla REM, do inglês *rapid eye movements*) e as mudanças em diversas variáveis fisiológicas como o tônus muscular e o padrão cardiorrespiratório. O sono noturno inicia-se pelo estágio I do sono sincronizado, seguido após cerca de dez minutos pelo estágio II. Depois de 30 a 60 minutos instala-se o sono de ondas lentas, mais profundo, que consiste dos estágios III e IV. O primeiro episódio de sono paradoxal (ou REM) acontece após 90 minutos do início do sono. Completa-se, então, o primeiro ciclo de sono sincronizado/sono paradoxal, que se repetirá cerca de cinco vezes em uma noite, resultando em uma arquitetura característica⁽⁷⁾.

No indivíduo idoso, observa-se importante mudança na arquitetura do sono, com a redução percentual do sono de ondas lentas e do sono paradoxal. O estágio IV não é mais registrado, há redução do estágio III e aumento dos despertares noturnos, o que traz como consequência direta a menor eficiência do sono, resultando, muitas vezes, em prejuízo da qualidade. Há aumento dos estágios mais superficiais do sono (I e II), e a latência para o início do sono parece não sofrer alterações importantes. Ocorrem, ainda, outras mudanças no ciclo vigília/sono, com redistribuição do sono nas 24 horas, ou seja, a intrusão de cochilos diurnos e de interrupções do sono noturno, e a antecipação do início e do final do sono para horários mais precoces. O tempo total de sono noturno de indivíduos idosos saudáveis parece estar reduzido em relação ao do adulto jovem, embora isso seja ainda objeto de controvérsias⁽⁸⁾.

Um aspecto agravante é que os distúrbios do sono podem se tornar crônicos nos pacientes com câncer, persistindo após o término do tratamento da doença. O sono desses pacientes é potencialmente afetado por vários fatores, desde alterações bioquímicas associadas ao crescimento do tumor e aos tratamentos antineoplásicos, como a quimioterapia, até alguns sintomas que frequentemente acompanham o câncer, tais como dor e fadiga⁽⁹⁾.

A fadiga é sintoma prevalente na doença oncológica, manifestando-se entre 75 e 95% dos doentes. Ela compromete as atividades da vida diária, podendo limitá-las e ocasionar prejuízos à qualidade de vida e repercutir na qualidade do sono⁽¹⁰⁾.

As pesquisas sobre a qualidade do sono, portanto, são de extrema importância, porém, ainda escassas, em

pacientes oncológicos. Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar características do sono e fatores associados à qualidade do sono em idosos submetidos a tratamento quimioterápico. Espera-se que este estudo possa trazer subsídios para o oferecimento de cuidado integral e de qualidade aos pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico. A detecção dos distúrbios do sono em indivíduos idosos com câncer deverá contribuir para a efetivação de intervenções de enfermagem, visando minimizar o sofrimento desses pacientes.

Método

Trata-se de estudo exploratório e transversal, realizado nos ambulatórios de quimioterapia de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, com pacientes com câncer, submetidos ao tratamento quimioterápico, em 2010. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: paciente com 60 anos ou mais, diagnóstico de câncer confirmado em prontuário de saúde e em tratamento com quimioterapia. Os critérios de exclusão foram: tumor primário ou metástases no sistema nervoso central, índice de Karnofsky inferior a 60, pós-operatório inferior a 30 dias, condições clínicas tais como mucosite, dor intensa, dispneia, náuseas, vômitos, e emocionais como choro, apatia excessiva e agressividade.

Estimou-se inicialmente o tamanho amostral de 111 pacientes, considerando-se: um estudo em que o coeficiente de correlação entre qualidade do sono e fadiga foi de aproximadamente 0,50⁽¹¹⁾; precisão da estimativa de 0,3; nível de significância alfa de 5%⁽¹²⁾. Para prevenir eventuais perdas e obter maior poder de análise, foi acrescentado cerca de 20% a mais de casos, totalizando 140 sujeitos. Manteve-se proporção semelhante de homens (52,1%) e mulheres (47,9%).

O estudo foi aprovado em agosto de 2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de afiliação das autoras (Parecer CEP 693/2009). Um estudo piloto foi realizado com 28 pacientes idosos com câncer, em um dos serviços no qual os dados foram coletados, verificando-se boa compreensão dos instrumentos e viabilidade do estudo.

Para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos:

- questionário para a caracterização sociodemográfica e clínica, elaborado pela pesquisadora, para obtenção das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado conjugal) e clínicas (fadiga, doenças crônicas relatadas, dor e sua intensidade, sintomas, estadiamento do câncer, e outros tratamentos, além da quimioterapia. Esse questionário foi avaliado por especialistas quanto ao conteúdo, sendo considerado adequado para a sua aplicação;

- Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR), validado no Brasil⁽¹³⁾, que permite avaliar a qualidade e os transtornos do sono, no período de um mês anterior à data de sua aplicação. Contém 19 questões autoadministradas ou aplicadas como entrevista, agrupadas em sete componentes: 1. qualidade subjetiva do sono, 2. latência para o sono, 3. duração do sono, 4. eficiência habitual do sono, 5. transtornos do sono, 6. uso de medicamentos para dormir e 7. disfunção diurna. A pontuação de cada componente varia de zero a três pontos e a pontuação global, obtida com a soma dos componentes, pode variar de zero a 21 pontos. Quanto mais elevado o valor obtido pior a avaliação da qualidade do sono, sendo que o escore global de cinco pontos constitui o ponto de corte que permite distinguir entre sujeitos com má qualidade do sono e distúrbios do sono e aqueles com sono de boa qualidade⁽¹³⁾;- Escala de Fadiga de Piper-revisada - é um instrumento multidimensional de autorrelato para avaliar fadiga, validado no Brasil⁽¹⁴⁾. Possui 22 itens distribuídos em três dimensões: comportamental, relacionada à capacidade funcional, afetiva, que busca encontrar o significado atribuído à fadiga e sensorial/psicológica, que avalia componentes da autopercepção, emocionais e cognitivos na presença de fadiga.

A coleta de dados foi realizada nos ambulatórios do referido hospital, de agosto a dezembro de 2010. Durante a infusão da quimioterapia, os pacientes idosos foram convidados pela pesquisadora a participarem do estudo, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. Após leitura e aceitação do paciente em participar do estudo, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi assinado por eles. Houve uma interrupção da coleta de dados por período de 15 dias em função do horário de verão, pois esse pode provocar alterações na qualidade e nas características do sono.

Os dados obtidos foram codificados e digitados em planilha eletrônica e analisados com os *softwares* SPSS (versão 17.0) e SAS (versão 9.1.3, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2002-2003).

Os dados sociodemográficos e clínicos, bem como os referentes às características e à qualidade do sono, foram analisados por meio de estatística descritiva. As variáveis

consideradas possíveis fatores associados à má qualidade do sono foram analisadas por meio do teste de correlação de postos de Spearman e do teste de Mann-Whitney, devido à distribuição diferente da normal, segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov. Realizou-se também regressão logística univariada e, a seguir, as variáveis com valor de $p \leq 0,20$ foram testadas num modelo de regressão logística múltipla, com seleção segundo o critério *stepwise*.

Resultados

A população caracterizou-se por discreto predomínio do sexo feminino (52,1%). A idade variou de 60,2 a 90,3 anos, com média de 69,8 (desvio-padrão de 6,9) anos e mediana de 68,3. Foram mais frequentes os pacientes idosos casados (66,4%), com quatro a oito anos de estudo (42,9%), aposentados e inativos (84,3%), tinham uma crença ou religião (95,7%) e recebiam até cinco salários-mínimos (88,6%) como renda individual.

Grande parte dos sujeitos (46,4%) referiu uma a três doenças crônicas, com destaque para a hipertensão arterial (41,4%). O uso de medicamentos foi referido por 42,9%. A presença de dor foi referida por 51,4%, e sua intensidade variou de zero a dez pontos, com média de 3,7 (desvio-padrão de 4,2) e mediana de 2,0. Parcela considerável de pacientes idosos (22,1%) referiu dor de máxima intensidade, ou seja, grau dez. Os sintomas mais frequentes foram sede intensa (66,4%), boca seca (66,4%) e náusea (54,3%).

Os diagnósticos mais frequentes foram tumores do aparelho digestivo (52,8%) e mamário (52,1%), diagnosticados há, em média, 2,6 anos (desvio-padrão de 3,4 anos), com mediana de 1,4 anos, variando de um mês a 16,5 anos. O estadiamento III e IV foi observado em 67,9% dos sujeitos. A maioria realizava ou havia realizado radioterapia (52,1%) e tinha sido submetida à cirurgia relacionada ao tumor (73,6%), há mais de 30 dias. Verificou-se que 62,9% dos pacientes idosos apresentavam má qualidade do sono, de acordo com a classificação obtida no PSQI. Entretanto, nas respostas ao componente qualidade subjetiva do sono, 75% de todos os pacientes idosos responderam que essa era boa ou muito boa.

Tabela 1 - Estatística das características do sono, de acordo com as respostas ao PSQI (n=140). Campinas, SP, Brasil, 2010

Características do sono	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Horário de deitar	21h17min	01h23min	21h00min	17h00min	01h00min
Horário de despertar	05h16min	01h47min	05h30min	23h00min	10h00min
Latência do sono	44,6min	43,5min	30,0min	0,0min	180,0min
Duração do sono	388,0min	112,0min	420,0min	120,0min	720,0min
Tempo despendido no leito	480,0min	120,0min	480,0min	120,0min	750,0 min
Eficiência habitual do sono*	83,8%	21,4%	85,0%	18,0%	165,0%

*Valor da eficiência do sono é obtido dividindo-se o tempo de 'horas de sono' estimado pelo sujeito pelo número de horas despendido no leito, calculado a partir das respostas sobre horário de deitar e de despertar.

O escore global médio de 7,7 pontos (desvio-padrão de 4,1, mediana 7,0 pontos) foi indicativo de má qualidade do sono. Os seguintes componentes receberam as maiores pontuações, indicativas de pior avaliação: transtornos do sono, média de 1,7 pontos (desvio-padrão de 0,6, mediana 2,0 pontos), e latência para o sono, média de 1,3 pontos (desvio-padrão de 1,1, mediana 1,0 ponto). A pontuação mais baixa foi do componente uso de medicamentos para dormir, 0,6 pontos em média (desvio-padrão de 1,0, mediana 0,0).

Observou-se que 48,6% referiram demorar mais de

30 minutos para adormecer, 30,7% dormiam cinco horas ou menos por noite, e 8,6% dormiam nove horas ou mais. A maioria (80%) tinha a eficiência do sono inferior a 84%, 67,9% negaram o uso de medicamentos para dormir e 52,8% apresentaram disfunção diurna pelo menos uma vez na semana.

A análise detalhada dos fatores que contribuíram para o componente transtornos do sono é apresentada na Tabela 2, destacando-se dentre eles a necessidade de levantar-se para ir ao banheiro (83,6%) e o despertar no meio da noite ou de manhã muito cedo (47,9%).

Tabela 2 - Número e percentual de ocorrência dos fatores que contribuíram para o componente 'transtornos do sono'. Campinas, SP, Brasil, 2010

Fatores	Nenhuma vez na semana		Três vezes por semana ou mais	
	n	%	n	%
Não conseguiu adormecer em até 30 minutos	64	45,7	52	37,1
Acordou no meio da noite ou de manhã cedo	30	21,4	67	47,9
Precisou levantar para ir ao banheiro	4	2,9	117	83,6
Não conseguiu respirar confortavelmente	121	86,4	2	1,4
Tossiu ou roncou forte	58	41,4	71	50,7
Sentiu muito frio	58	41,4	70	50,0
Sentiu muito calor	107	76,4	19	13,6
Teve sonhos ruins	91	65,0	15	10,7
Teve dor	83	59,3	19	13,6

Observou-se associação estaticamente significativa entre a qualidade do sono e a fadiga ($p=0,03$), sendo que a maior proporção de idosos que relatou ausência de fadiga apresentou boa qualidade do sono; e entre a qualidade do sono e a presença de dor ($p=0,00$),

sendo que maior proporção dos que relatavam queixa de dor apresentavam má qualidade do sono. Os fatores associados à má qualidade do sono foram identificados por meio de análise de regressão logística univariada (Tabela 3).

Tabela 3 - Fatores associados à má qualidade do sono. Análise de regressão logística univariada (n=128). Campinas, SP, Brasil, 2010

Variável	Categorias	p-valor	OR †	IC 95% OR‡
Fadiga (Piper)	Sem fadiga (ref.*)	-	1,00	-
	Com fadiga	0,052	2,11	0,99 – 4,46
Sexo	Masculino (ref.)	-	1,00	-
	Feminino	0,729	1,13	0,56 – 2,31
Estado conjugal	Outro (ref.)	-	1,00	-
	Casado	0,405	0,72	0,34 – 1,55
Dor	Não (ref.)	-	1,00	-
	Sim	<0,001	4,01	1,89 – 8,54
Doença crônica	Não (ref.)	-	1,00	-
	Sim	0,244	1,53	0,75 – 3,13
Radioterapia atual ou progressa	Não (ref.)	-	1,00	-
	Sim	0,764	0,90	0,44 – 1,83
Cirurgia progressa	Não (ref.)	-	1,00	-
	Sim	0,470	1,36	0,59 – 3,15
Estadiamento	Estágios I ou II (ref.)	-	1,00	-
	Estágios III ou IV	0,092	2,00	0,89 – 4,46
Intensidade da dor	Variável contínua	<0,001	1,21	1,09 – 1,34

*Ref.: nível de referência.

†OR (*Odds Ratio*)=razão de risco para sono de má qualidade (n=50 com sono de boa qualidade e n=78 com sono de má qualidade).

‡IC 95% OR=intervalo de 95% de confiança para a razão de risco.

A intensidade da dor foi a única variável que permaneceu no modelo final da regressão logística múltipla. A cada aumento de um (1,0) ponto na

intensidade da dor houve um acréscimo de 21% na probabilidade de apresentar sono de má qualidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Fatores associados à má qualidade do sono. Análise de regressão logística múltipla (n=128). Campinas, SP, Brasil, 2010

Parâmetros	Coefficientes	Erro-padrão	p-valor	OR*	IC 95% †
Intercepto	-0,0856	0,228			
intensidade da dor	0,1937	0,051	<0,001	1,21	(1,10; 1,34)

*OR (*Odds Ratio*)=razão de risco para sono de má qualidade (n=50 com sono de boa qualidade e n=78 com sono de má qualidade).

†IC 95% OR=intervalo de 95% de confiança para a razão de risco.

Discussão

As características sociodemográficas encontradas foram similares às da população brasileira com 60 anos e mais, exceto no que se refere à proporção de aposentados, que é de 57,9% no Brasil⁽²⁾. Deve-se considerar que o câncer é doença que leva, com frequência, ao afastamento precoce das atividades de trabalho, contribuindo para explicar esse percentual divergente.

O envelhecimento traz consigo a presença de doenças crônicas e, como esperado, quase a metade dos sujeitos referiu hipertensão arterial. Na população idosa brasileira em geral a hipertensão arterial é encontrada em 59,3%⁽²⁾. É importante salientar que, no cuidado com o paciente com câncer, não se deve negligenciar a presença de comorbidades.

As alterações do sono têm sido descritas na literatura como frequentes em pacientes com câncer. Neste estudo, 62,9% dos pacientes idosos apresentaram má qualidade do sono, de acordo com o PSQI. Outros estudos, utilizando esse instrumento, encontraram os seguintes percentuais: 52% em mulheres adultas com câncer ginecológico ou mamário⁽¹⁵⁾; 52% de pacientes adultos com câncer de pulmão⁽¹⁶⁾; 56,6% de pacientes idosos sobreviventes de câncer de pulmão⁽¹⁷⁾ e 73,9% de adultos submetidos à cirurgia oncológica⁽¹⁸⁾.

A má qualidade do sono dos pacientes idosos também é evidenciada pelo escore médio global do PSQI, de 7,7 pontos. Outros estudos obtiveram valores que indicam má qualidade do sono: 6,3 pontos em idosos sobreviventes de câncer de pulmão⁽¹⁷⁾; 6,8 pontos em adultos de meia-idade com câncer de pulmão, realizando quimioterapia⁽¹⁶⁾. Outros autores encontraram escores ainda mais altos (12,0 pontos) em adultos com câncer avançado⁽¹⁹⁾. Observa-se que todos apontam, consistentemente, a presença do sono de má qualidade nessas pessoas. Ressalta-se a importância da avaliação de cada componente do

PSQI separadamente, para melhor analisar os aspectos comprometidos no sono do idoso com câncer.

Verificou-se que, a despeito de 62,9% dos idosos receberem pontuação global indicativa de má qualidade do sono, 75% de todos eles avaliavam subjetivamente a qualidade do sono como boa ou muito boa. Esse achado é congruente ao de outro estudo, em que 74,7% dos idosos sobreviventes de câncer de pulmão classificavam a qualidade do sono como boa ou muito boa, enquanto que 56,6% do total obteve pontuação indicativa de má qualidade do sono no PSQI⁽¹⁷⁾. É muito comum os idosos queixarem-se de perturbações de sono, porém, parece reconhecê-las como "naturais" no envelhecimento.

O componente 'transtornos do sono' foi o que obteve o escore mais elevado dentre todos, salientando-se que os aspectos ligados a esse componente são os que mais contribuem, de acordo com a literatura, para o sono de má qualidade dos idosos⁽⁸⁾. Dentre esses aspectos, pode-se salientar a necessidade de se levantar durante a noite para ir ao banheiro, o despertar precoce e o despertar no meio da noite e ter dificuldade para conciliar novamente o sono⁽²⁰⁾. Outros autores também observaram que o componente 'transtornos do sono' tinha o escore mais elevado em relação aos demais componentes, em adultos com câncer⁽²¹⁾ e em idosos sobreviventes de câncer de pulmão⁽¹⁷⁾.

O componente 'uso de medicamentos para dormir' foi o que obteve o menor escore, observando-se que 13,5% dos pacientes idosos relatavam usar esses medicamentos de maneira regular. No entanto, 25% do total de idosos descreveram a qualidade subjetiva do sono como ruim ou muito ruim, e 62,9% obteve escore compatível com má qualidade do sono. Esses dados são congruentes com os de outro estudo realizado com adultos com câncer de pulmão⁽¹⁶⁾, em que 50% relatavam sono de má qualidade e apenas 13% utilizavam medicamentos para dormir. Os achados sugerem que os distúrbios de sono,

nesses sujeitos, poderiam passar despercebidos e, dessa forma, sem tratamento adequado. Além disso, a maneira de investigar a qualidade do sono pode subestimar a importância de problemas a ela relacionados. Um exemplo disso seria o uso de uma única questão, a saber: "como é a qualidade do seu sono?", sem detalhamento de outros aspectos que podem comprometer a qualidade do sono no idoso.

Outros autores encontraram a duração do sono semelhante à do presente estudo, de 388 minutos (seis horas e vinte e oito minutos). Em um estudo com adultos sob quimioterapia por câncer de pulmão, a duração média do sono foi de 404 minutos (seis horas e quarenta e quatro minutos)⁽¹⁶⁾ e, em idosos sobreviventes de câncer de pulmão, de 390 minutos (seis horas e trinta minutos), em média⁽¹⁷⁾. Os achados revelam que 30,7% dos idosos dormiam cinco horas, ou menos, por noite, e 8,6% dormiam nove horas ou mais. Dessa forma, a redução das horas de sono ou o seu excesso acrescentam um possível fator de risco para o agravamento do quadro de saúde do idoso com câncer.

Encontrou-se a eficiência do sono inferior a 85% em metade dos idosos estudados, com média de 83,8%. Na literatura, idosos sobreviventes de câncer de pulmão obtiveram valores mais baixos, 78,3%⁽¹⁷⁾, e adultos com câncer de pulmão apresentaram valores médios semelhantes aos do presente estudo, 82,8%, durante o tratamento quimioterápico⁽¹⁶⁾. A eficiência do sono está diretamente ligada à sensação de repouso durante o dia e, quando baixa, pode prejudicar a qualidade da vigília.

Os episódios de dor foram relacionados às perturbações do sono por 13,6% dos pacientes idosos deste estudo, enquanto que, em outra investigação, essa proporção foi de 9%⁽¹⁶⁾.

Ofato de se ter dor, entretanto, mostrou-se um fator associado ao sono de má qualidade neste estudo, de forma que o acréscimo de um ponto na escala de dor aumenta em 21% a probabilidade de apresentar sono de má qualidade. Além disso, número expressivo de idosos (22,1%) relatou dor de máxima intensidade na escala de avaliação.

A dor é um dos principais problemas enfrentados por pacientes com câncer, que está presente em 30% dos pacientes no momento do diagnóstico, aumentando para 65 a 85% quando a doença está em evolução, e para 90% entre os pacientes internados com câncer⁽²²⁾.

É relevante, portanto, que os enfermeiros saibam identificar adequadamente a dor, avaliando-a de forma sistemática e dando a devida importância à sua frequência e ao expressivo impacto para a pessoa com câncer⁽²³⁾.

Entretanto, um estudo progressivo identificou falta de informações dos enfermeiros sobre os resultados dos métodos de controle da dor crônica, devido à inadequação da sua formação⁽²³⁾. Por outro lado, os informantes comportam-se como se a dor fizesse parte da doença e do tratamento, como um sintoma natural⁽²³⁾.

Existe complexa relação entre problemas do sono e dor, sendo que esses sintomas podem ser consequência do câncer ou mesmo constituir causa ou consequência um do outro⁽²⁴⁾. Agrega-se, então, a má qualidade do sono do idoso, a qual muitas vezes é vista também como natural do envelhecimento. Outro estudo nacional recente traz resultados que corroboram essa afirmativa⁽²⁰⁾. A presente investigação acrescenta, como achado relevante, que a associação existente entre dor e sono de má qualidade não é percebida por grande parte dos pacientes.

Fica evidente, portanto, a preocupação com fatores associados à má qualidade do sono em pacientes idosos com câncer, trazendo a necessidade de se avaliar os mesmos e tratá-los em conjunto, e não isoladamente.

Conclusões

A avaliação de 140 pacientes idosos com câncer, submetidos ao tratamento de quimioterapia, permitiu evidenciar que 62,9% apresentam má qualidade do sono, cuja probabilidade aumenta significativamente com a intensidade da dor. O reconhecimento de fatores específicos que trazem perturbação ao sono noturno é fundamental para direcionar as intervenções e orientações a serem planejadas e implementadas pelos profissionais de saúde.

Ressalta-se que a comparação com outros estudos apresenta-se limitada pela dificuldade em obter estudos cuja casuística seja composta exclusivamente por pacientes idosos com câncer. A maior parte das pesquisas utilizadas, para comparação dos dados, foi realizada com indivíduos adultos, cuja média de idade variou em torno de 50 a 60 anos, com inclusão de adultos jovens.

Além disso, algumas limitações deste estudo devem ser observadas, tais como o tipo de estudo de natureza transversal. As variáveis clínicas tiveram como foco o componente físico, sendo que a literatura traz, em pacientes com câncer, a relevância de variáveis psicológicas como a presença de depressão, que interfere na qualidade do sono. Outra limitação refere-se à não inclusão, neste estudo, de variáveis que pudessem conduzir à boa qualidade do sono. Ainda, a qualidade do sono foi avaliada por autorrelato sem a utilização de métodos como a polissonografia e actigrafia. Tais limitações podem ser superadas em estudos futuros.

A relevância do estudo está na casuística pertencer ao contexto brasileiro. É importante colocá-lo como pesquisa em evidência na prática clínica de enfermagem para que propicie oportunidade para os pacientes relatarem queixas relacionadas ao sono. Essas devem ser estudadas e identificadas como um diagnóstico de enfermagem, para que seja implementado um plano de cuidados individualizado ao paciente com câncer em tratamento quimioterápico.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Brasil – 2010. [acesso 22 fev 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf
3. Nordhurf V, Schneider JM, Hebert P, Bradham DD, Bryant M, Phillips M, et al. Chronic disease self-management: improving health outcomes. *Nurs Clin North Am.* 2000;35(2):507-17.
4. Michelone APC, Santos VLGC. Quality of life of cancer patients with and without an ostomy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004;12(6):34-47.
5. Lee K, Cho M, Miakowski C, Dodd M. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Med Rev.* 2004; 8(3):199-212.
6. Corrêa K, Ceolim MF. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42:3-7.
7. Fernandes RMF. O sono normal. *Medicina.* 2006;39(2):157-68.
8. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. *Sleep.* 2004;27:(7):1253-70.
9. Roscoe AJ, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S, et al. Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders. *Oncologist.* 2007;12(1):35-42.
10. Coelho FMR, Sawada NO. Fatigue in patients with laryngeal cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 1999;7(5):103-10.
11. Beck SL. Pain, Sleep Disturbance, and Fatigue in Patients With Cancer: Using a Mediation Model to Test a Symptom Cluster. *Oncol Nurs Forum.* 2005;32(3):242.
12. Bonett, DG; Wright TA. Sample size requirements for estimating Pearson, Kendall and Spearman correlations. *Psychometrika.* 2000;65:23-8.
13. Bertolazi NA, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo ICS, Barba MEF, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med.* 2011;12:70-5.
14. Mota DD, Pimenta CA, Piper BF. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. *Support Care Cancer.* 2009;17(6):645-52.
15. Furlani R, Ceolim MF. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(6):812-79.
16. Chen ML, Yu CT, Yang CH. Sleep disturbances and quality of life in lung cancer patients undergoing chemotherapy. *Lung Cancer.* 2008;62:391-400.
17. Gooneratne NS, Dean GE, Rogers AE, Nkwuo, JE, Coyne, JC, Kaiser, LR. Sleep and quality of life in long-term lung cancer survivors. *Lung Cancer.* 2007;58:403-10.
18. Barichello E, Sawada NO, Sonobe HM, Zago MMF. Quality of sleep in postoperative surgical oncologic patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):481-4.
19. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Patirak E, Galanos A, et al. Sleep quality in advanced cancer patients. *J Psychosom Res.* 2007;62:527-33.
20. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19:(4):920-7 [acesso 28 ago 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_10.pdf
21. Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. Psychometric Evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage.* 2004;27(2):140-8.
22. Eyigor S, Eyigor C, Uslu R. Assessment of pain, fatigue, sleep and quality of life (QoL) in elderly hospitalized cancer patients. *Arch Gerontol Geriatrics.* 2010;51(3):57-61.

23. Silva LMH, Zago MMF. The care to cancer patients with chronic pain in the view of nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001;9:(4) 44-9.
24. Stepanski EJ, Walker MS, Schwartzberg LS , Blakely J, Ong JC, Houts AC. Trouble Sleeping, Depressed Mood, Pain and Fatigue in Cancer Patients. J Clin Sleep Med. 2009;5(2)132-6.

Recebido: 30.9.2011

Aceito: 6.11.2012

Como citar este artigo:

Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dez. 2012 [acesso em: / /];20(6):[09 telas]. Disponível em:

URL

dia
ano
mês abreviado com ponto